
LIBRARY OF THE ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS EDINBURGH
non sinit esse feros

GUIDE

DU

MÉDECIN PRATICIEN

OU

RÉSUMÉ GÉNÉRAL

DE PATHOLOGIE INTERNE

ET DE THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉES.

PAR F. L. I. VALLEIX,

Médecin du Bureau central des Hôpitaux de Paris;
Membre titulaire de la Société médicale d'observation et de la Société anatomique;
Auteur de la *Clinique des Maladies des Enfans nouveau-nés*,
du *Traité des Névralgies*, etc.

TOME Ier.

PARIS.

LIBRAIRIE Ve LE NORMANT,

RUE DE SEINE, 8.

1842.

AVANT-PROPOS.



L'ouvrage dont j'entreprends la publication diffère trop sensiblement de tous ceux qui ont paru jusqu'à ce jour, sur le même sujet, pour que je puisse me dispenser d'entrer dans quelques explications propres à faire connaître l'esprit dans lequel il a été conçu, le but que je me suis proposé d'atteindre en le publiant, et la manière dont j'ai cru devoir mettre en œuvre les nombreux matériaux nécessaires à sa composition. Ayant introduit dans mon cadre des innovations importantes, j'ai pensé qu'il fallait, avant tout, en faire bien comprendre la portée; c'est pourquoi j'espère que le lecteur ne trouvera pas trop longs les détails qui vont suivre.

Pour mettre un peu d'ordre dans mon exposition,

je commence par diviser mon sujet en deux questions principales :

« 1°. A quel besoin de l'époque s'adresse cet ou-
« vrage? quelle est son utilité pour la pratique de la
« médecine ? »

« 2°. Par quels moyens parviendra-t-il à satisfaire
« ce besoin de notre époque, et comment sera-t-il
« plus utile aux médecins praticiens que tant d'au-
« tres traités de pathologie et de thérapeutique uni-
« versellement estimés ? »

La meilleure réponse à la première de ces deux questions se trouvera dans un examen rapide de notre époque médicale.

Nous en sommes témoins chaque jour, presque tous les médecins ne demandent et ne veulent que des ouvrages qui aient directement trait à la pratique, et qui puissent les guider dans l'exercice de leur art. Les recherches les plus savantes reçoivent peu d'accueil du plus grand nombre, si elles n'apportent avec elles une nouvelle recette, une nouvelle formule, un nouveau procédé. Aussi voyons-nous la plupart des publications nouvelles se parer du titre de *pratiques*, alors même qu'elles n'ajoutent que bien peu de chose à la pratique la plus vulgaire. Pourquoi donc cette exigence si contraire à l'esprit scientifique qui doit présider aux études médicales? Pourquoi cette distinction si tranchée et si nouvelle, établie aujourd'hui par les médecins, entre les ouvrages *pratiques* et les ouvrages *scientifiques?* Jusqu'à ces derniers temps, une pareille distinction non-seulement n'était pas admise, mais encore paraissait à peu près impossible; chez nos devanciers, tous les ouvrages, tous les traités étaient

pratiques, et l'on ne concevait pas qu'il en pût être autrement. Cherchons les causes de cette transformation si remarquable qui s'est opérée, depuis quelques années, et dans les idées et dans le langage.

Les anciens avaient, pour les diriger dans la pratique de la médecine, deux guides qu'ils suivaient avec une confiance aveugle; c'étaient : *la tradition*, ou un *système*. Ceux qui suivaient la tradition, choisissaient dans les ouvrages des grands maîtres un certain nombre de procédés, de recettes, de préceptes, dont ils faisaient ensuite un usage suivi; d'autres, en plus grand nombre, adoptant avec enthousiasme le système dominant, faisaient découler la pratique des idées théoriques qu'ils avaient embrassées, et qui, par leur généralisation, ne laissaient aucune partie de l'art médical sans lui imposer des lois; d'autres enfin, moins exclusifs, demandaient en même temps à la tradition et au système des exemples et des préceptes.

Ainsi nos prédécesseurs ne se trouvaient jamais arrêtés dans leur pratique. La tradition, en effet, ne pouvait pas leur manquer; les grands oracles médicaux interprétés, commentés, sans cesse étudiés, étaient là toujours prêts à leur répondre. Quant aux systèmes, s'il est vrai que le système dominant s'établissait sur des ruines, du moins il apportait avec lui tous les matériaux nécessaires pour la reconstruction d'un édifice complet; et de la doctrine nouvelle, naissait aussitôt une nouvelle pratique qui satisfaisait à toutes les exigences de l'art médical.

C'est ainsi que la médecine a vécu pendant une longue série de siècles, sans qu'on éprouvât le besoin d'une plus grande rigueur dans des études

qui, tantôt renfermées dans le domaine de la spéculation, étaient privées de la base solide des faits, et tantôt fondées sur une expérience insuffisante, ne pouvaient tenir les esprits en garde contre les écarts de la théorie. Combien les progrès de la thérapeutique n'ont-ils pas eu à souffrir de cette marche aveugle de la science! Que de regrets on éprouve, en voyant tant d'études, de veilles, de génie, dépensés pour obtenir d'aussi faibles résultats! Que d'erreurs, pour quelques vérités!

Lorsque Broussais parut, on était déjà las de tous ces systèmes qui, à des intervalles plus ou moins longs, venaient bouleverser la médecine, et l'on commençait à trouver un peu lourd le joug de l'autorité. C'était une époque bien choisie pour un génie destructeur; aussi l'édifice ancien s'écroula-t-il bientôt sous les coups de l'école nouvelle. Mais comment Broussais eut-il assez de puissance pour élever un nouveau système? comment put-il *refaire une nouvelle médecine*, et l'imposer au monde à la place des vieilles doctrines? C'est là ce qui surprend, à une époque où l'anatomie pathologique prenait racine partout, et où les recherches de l'illustre Laennec avaient montré ce que pouvait une observation même incomplète, pourvu qu'elle fût sagement dirigée. Quoi qu'il en soit, le système de Broussais, s'appuyant sur quelques vérités jusque là méconnues, séduisit presque tous les esprits par sa simplicité, et plus encore peut-être par la manière habile et passionnée à la fois dont il était défendu.

Je n'ai pas besoin de rappeler quelle influence les doctrines de l'*école physiologique* eurent sur la pratique. Tous les états morbides réduits à peu près à

un seul, tous les traitemens furent également réduits à un seul, qu'on modifiait légèrement suivant les circonstances. Dès ce moment la tradition du passé fut perdue, et les anciens préceptes de l'art ne furent plus entendus que d'un petit nombre qui n'avaient pas embrassé les idées nouvelles.

Mais le système de Broussais ne pouvait longtemps satisfaire l'esprit investigateur de notre époque. En remettant tout en question, il avait provoqué des études et des recherches dont les résultats devaient lui être funestes : il ne devait pas résister à l'épreuve des faits bien observés, cette épreuve décisive! Dès que l'observation exacte, rigoureuse, faite sincèrement dans le but d'éclairer les questions en litige, se montra avec toute sa puissance dans ces ouvrages de M. Louis, dont notre époque doit être si fière, ce système qui paraissait si habilement conçu et pour la défense duquel on avait rendu les faits si malléables, fut miné avant même que son défenseur eût disparu de l'arène.

Que devint alors la pratique, et dans quelle situation se trouvèrent les médecins qui, éblouis par le faux éclat des doctrines de l'*école physiologique*, les avaient adoptées sans partage? D'une part, la tradition interrompue, le langage des anciens devenu inintelligible, le joug de l'autorité brisé; de l'autre, le dernier système détruit sans être remplacé, car on comprenait enfin l'inanité de tous ces systèmes qui précèdent l'étude des faits : telle était la situation. Des deux anciens guides de la pratique médicale, il ne restait plus, pour ainsi dire, de traces. La discussion avait tué les anciens systèmes, et l'observation le nouveau.

Ce fut alors que l'on comprit plus que jamais qu'en médecine il fallait faire la part de la science et celle de l'art. Pour avoir confondu entre elles ces deux parties distinctes, quoiqu'ayant des rapports intimes, les anciens nous avaient laissé, en thérapeutique, bien peu de chose qui ne fût sujet à contestation. On ne voulait plus tomber dans cet inconvénient; on demandait plus de rigueur dans l'étude des faits et plus de certitude dans les résultats; on voulait, en un mot, faire de la médecine une science exacte.

Certes, on ne saurait blâmer cette tendance nouvelle; mais les exigences de l'art ne peuvent s'accommoder de la sage lenteur des études scientifiques. Chaque jour pressé par les besoins de la pratique, le médecin se voit forcé de prévenir les décisions de la science. Le mal est là toujours présent, toujours actif, qui réclame de prompts secours et n'attend pas que les recherches modernes aient définitivement établi quel est le meilleur remède à lui opposer.

C'est en présence de ces besoins sans cesse renaissans, que l'immense majorité des médecins a élevé la voix pour demander un guide sûr pour la pratique, et c'est pour répondre à cet appel que chacun s'est mis à l'œuvre. Quelques uns ont cherché dans la pratique des anciens des moyens thérapeutiques qu'ils ont ressuscités en les modifiant; d'autres, à l'aide d'une observation exacte et détaillée et de l'analyse numérique, sont parvenus à quelques résultats bien peu nombreux sans doute, car ils sont le fruit d'études lentes et pénibles, mais les plus importans de tous, car ils ont, en général, un degré de précision jusqu'alors inconnu; d'autres enfin, en bien plus grand nombre, tenant le milieu entre

cette méthode sévère et celle des anciens, se sont livrés à une expérimentation variée, souvent habile, souvent aussi, insuffisante, mais qui, si elle ne nous fait pas connaître la valeur exacte des diverses médications essayées, du moins nous fournit fréquemment des indications précieuses que le praticien est heureux de pouvoir suivre.

D'un autre côté, le diagnostic des maladies acquérant une perfection incontestable, a permis de mieux établir les données de ce grand problème : *Une maladie étant donnée, en trouver le meilleur traitement;* et les progrès presque merveilleux de la chimie, en débarrassant la matière médicale de tant de grossières préparations qui l'encombraient, ont permis aux expérimentateurs d'employer des substances médicamenteuses plus simples, mieux connues, et dont ils pouvaient plus facilement surveiller et étudier l'action.

Tant d'efforts réunis ne pouvaient être stériles. Aussi les journaux de médecine n'ont-ils pas tardé à se remplir d'articles sur la thérapeutique. Les expériences, les résultats de l'observation, les essais y ont été consignés avec empressement, et le succès des publications qui ont pour but unique de fournir de nouveaux moyens à la pratique, prouve assez combien on sentait le besoin de franchir les limites du traitement antiphlogistique, et d'échapper à l'envahissement de la médecine expectante, c'est-à-dire à l'inaction presque complète que le découragement de quelques-uns cherchait à imposer à tous. Bientôt les ouvrages didactiques se sont ressentis de ces progrès. Dans les traités de pathologie on a pu trouver une plus juste appréciation des signes des maladies,

un plus grand nombre d'indications thérapeutiques, et une plus grande variété de moyens curatifs. De nouveaux traités de matière médicale et de thérapeuthique ont apparu avec de nouvelles richesses. De tous côtés, en un mot, cette tendance des esprits vers la méthode expérimentale s'est manifestée par des résultats souvent précieux pour la science.

Tel est aujourd'hui l'état des choses. Les travaux exécutés dans le but de rendre la pratique médicale plus sûre et plus facile sont nombreux et variés; le praticien semble n'avoir que l'embarras du choix, et cependant il n'est point encore satisfait. Les publications de ces dernières années, dont je suis bien loin de contester le mérite, seraient-elles donc insuffisantes pour la pratique journalière? C'est ce qu'il s'agit d'examiner.

Les recherches récentes ont été, ai-je dit, consignées dans de nombreux recueils périodiques, dont quelques-uns sont d'une richesse incontestable; mais le praticien peut-il trouver une règle générale de conduite dans cette réunion de faits à laquelle le hasard seul a présidé? Sans doute, pour quelques cas donnés, il aura sous les yeux des exemples utiles; mais comment pourra-t-il, à l'aide de ces matériaux dispersés dans de nombreux volumes, se composer une thérapeutique complète? Les journaux et les collections de toute espèce sont autant de dépôts où chacun apporte les élémens d'un bon traité pratique; mais ces élémens seront d'un bien faible secours au praticien tant qu'ils ne seront pas rassemblés, coordonnés, associés de manière à former un corps de tous ces membres épars.

Les traités généraux soit de pathologie, soit de thé-

rapeutique; les dictionnaires, les encyclopédies, etc. paraissent, au premier abord, plus propres à satisfaire les exigences du praticien; mais bientôt on voit qu'ils ne remplissent pas, aussi bien qu'on l'aurait cru, toutes les conditions nécessaires pour atteindre ce but. Dans les traités de pathologie interne, la *description* des symptômes, les *complications*, souvent l'historique, occupent la plus grande place; le diagnostic est rapidement exposé, et le traitement n'est indiqué que d'une manière générale; dans les traités de thérapeutique, au contraire, les détails du traitement tiennent une grande place, mais en revanche, nous n'y trouvons que de simples aperçus pathologiques. Il y a plus : ces ouvrages, qui pour le praticien sont complémentaires l'un de l'autre, sont conçus d'une manière toute différente : dans les *traités de pathologie*, c'est par l'histoire de la maladie qu'on arrive à l'application du traitement, et dans les *traités de thérapeutique*, c'est par l'histoire des médicamens qu'on arrive aux indications thérapeutiques; en sorte que c'est pour le praticien un travail difficile et souvent impossible, que de faire accorder entre eux des ouvrages dont le plan est si différent.

On voit donc que si l'on réclame encore des traités propres à diriger la pratique, ce n'est pas sans raison, et que si un bon nombre de matériaux existent pour l'accomplissement de cette œuvre, il reste à les employer convenablement. C'est là ce que je me propose d'exécuter dans cet ouvrage, et telle est ma réponse à la première des deux questions que je me suis posées en commençant.

Passons maintenant à la seconde.

Comment, avons-nous dit, cet ouvrage remplira-t-il mieux que tant d'autres les conditions d'un traité pratique?

Pour que le lecteur puisse en juger par lui-même, il me suffira d'exposer en détail le plan que je me suis tracé.

PLAN DE L'OUVRAGE.

J'ai dû d'abord adopter un ordre qui rendît facile au médecin les recherches qu'il aurait à faire. Je pouvais choisir entre l'ordre alphabétique et un de ceux qui ont été suivis dans les traités récens de pathologie; car, je dois le dire, dans un ouvrage entièrement pratique, le point essentiel est de disposer la matière de manière à ce qu'on puisse trouver facilement la description et le traitement d'une maladie quelconque, et il importe peu que l'ordre en soit plus ou moins philosophique. Si j'ai rejeté l'ordre alphabétique, c'est uniquement parce que, séparant des maladies qui ont des connexions intimes, j'aurais été forcé à quelques répétitions inutiles. J'ai donc pris l'ordre le plus simple de tous et le plus généralement adopté dans les ouvrages cliniques; c'est celui qui consiste à décrire successivement les maladies de chaque appareil, et à renvoyer à la fin celles qui n'ont pas de siége déterminé.

Dans la description de chaque maladie en particulier, j'ai d'abord retranché tout ce qui n'était pas essentiel à la pratique; ainsi, dès qu'une affection n'est plus indépendante, et qu'elle ne constitue qu'une complication, je renvoie son étude à l'histoire de la maladie qu'elle complique. Faire autre-

ment, ce serait, comme dans les traités de pathologie, tomber dans des redites et des longueurs qui dans un ouvrage de la nature de celui-ci auraient de grands inconvéniens.

Me livrer à des *recherches historiques* dans un but purement littéraire, c'eût été bien plus encore m'éloigner du but que je me suis proposé. Toutefois je n'ai pas négligé l'étude des anciens, loin de là; mais réservant presque entièrement les recherches historiques pour l'étude du traitement, je me suis borné à un aperçu très-général, et j'ai immédiatement passé à la recherche des causes, à l'étiologie, cette partie si obscure de la pathologie.

La *connaissance des causes* est d'une grande importance pour la pratique; j'ai donc mis tous mes soins à rechercher les circonstances dans lesquelles les maladies prenaient naissance, et qui pouvaient avoir quelque influence sur leur développement. Malheureusement, l'étude des causes est très-difficile, et a presque toujours été faite sans méthode et sans rigueur; je me suis donc vu bien des fois arrêté par le doute devant des causes admises avec confiance par bien des auteurs. Ce doute, je l'ai exprimé, et je me suis toujours attaché à distinguer les causes dont l'action est démontrée, de celles qui ne sont que probables, et surtout de celles qui peuvent bien n'être qu'une coïncidence, ou qui n'ont été admises que par suite d'idées théoriques.

Dans l'*exposition des symptômes*, j'ai tâché d'être bref et concis, sans toutefois négliger les détails. Je me suis surtout efforcé de mettre en saillie les symptômes principaux, essentiels, et d'en bien apprécier la valeur, car c'était le seul moyen de préparer le

diagnostic, sans lequel toute pratique est incertaine et souvent dangereuse. J'ai, autant que possible, puisé mes descriptions dans les meilleures observations publiées par les auteurs tant anciens que modernes, et de cette manière j'ai pu apporter quelques modifications importantes dans la description de maladies dont on avait toujours tracé l'histoire d'après des impressions générales, ou d'après les écrits de nos devanciers. On comprendra facilement que la pratique ne pouvait que gagner à cette innovation; aussi n'ai-je pas reculé devant l'immense travail que nécessitait cette révision de tant de faits divers et épars dans tant de livres si différens, me trouvant suffisamment payé de mes peines toutes les fois que j'ai pu découvrir et signaler un moyen utile à la pratique et imparfaitement connu.

C'est également sur les observations que j'ai cherché à établir *la marche, la durée et la terminaison des maladies*, dont la connaissance est si importante pour le praticien. J'ai, par là, rapproché cet ouvrage d'un traité clinique, et fourni les meilleurs exemples à suivre dans les cas difficiles.

Mais c'est surtout dans l'*étude du diagnostic* que je me suis appliqué à rendre toutes les questions claires et faciles à résoudre. Le diagnostic est, en effet, pour le praticien, le résumé de toute la pathologie, comme l'administration du médicament est le résumé de toute la thérapeutique. Je ne me suis pas contenté d'exposer avec détail les signes différentiels des diverses maladies qu'on peut confondre entre elles; j'ai de plus, dans un tableau synoptique, mis en regard ces diverses maladies, ainsi que leurs signes distinctifs; en sorte que, d'un coup

d'œil, le médecin peut saisir et les caractères de l'affection qu'il veut reconnaître, et les différences qui la séparent des affections les plus voisines.

Vient enfin le *traitement*, ce dernier but de tous nos efforts, et qu'il importait par conséquent d'étudier avec un soin tout particulier. C'est dans cet article surtout que consultant les anciens, demandant des lumières aux traités généraux et aux nosographies, compulsant les recueils de toute espèce, je me suis efforcé de faire ce travail indispensable au praticien, et que néanmoins le praticien ne peut pas exécuter, c'est-à-dire de rassembler les faits épars, de faire connaître les moyens, les procédés thérapeutiques les plus importans, et de les présenter dans un ordre convenable, de manière à tracer au médecin sa ligne de conduite pour tous les cas qui peuvent réclamer son ministère.

Je ne devais pas, dans une partie si essentielle, reculer devant les détails les plus circonstanciés, car on ne saurait trop insister sur les moindres particularités lorsqu'il s'agit de l'application de moyens utiles ou dangereux, suivant qu'ils sont bien ou mal employés.

Prenant une à une chaque indication thérapeutique, j'ai fait voir comment elle avait été remplie par les hommes les plus habiles. J'ai non-seulement indiqué les médicamens mis en usage, mais encore leur dose suivant les cas et suivant les âges, lorsqu'il y avait lieu. J'ai cité les formules, indiqué le mode d'application, et le temps qu'il faut choisir pour cette application. J'ai fait connaître les remèdes les plus généralement employés, et ceux que quelques praticiens ont seuls préconisés.

Dans les ouvrages de pathologie interne, on se

contente, pour les procédés chirurgicaux, de renvoyer le lecteur aux traités de chirurgie; j'ai cru devoir, au contraire, décrire avec tous les détails nécessaires ces procédés, les modifications qu'on leur a fait subir, la manière d'en faire usage; en un mot, j'ai considéré l'article *Traitement* comme faisant partie d'un traité de thérapeutique appliquée.

J'ai été encore plus loin. Pour résumer tout ce qui avait rapport à chaque indication thérapeutique, j'ai terminé chaque paragraphe par *une ou plusieurs ordonnances* où le praticien trouvera tout ce que, dans l'état actuel de la science, on peut prescrire avec le plus de chances de succès dans un cas donné. Pour comprendre l'utilité de ces ordonnances, il faut se rappeler que ce n'est pas tout que de connaître les divers moyens thérapeutiques à mettre en œuvre, il faut encore savoir les associer de manière à ce qu'ils ne se contrarient pas les uns les autres, ou plutôt de manière à ce qu'ils se prêtent un mutuel secours.

Si l'on a bien saisi le plan que je viens de tracer, on doit voir que mon but a été de mettre en un faisceau, sous les yeux du praticien, tout ce qu'il lui importe le plus de savoir; et dans ce but, j'ai eu recours aux meilleurs traités, et surtout aux meilleures observations. J'ai fouillé dans les anciens, pour leur emprunter leurs faits, leurs formules et leurs procédés. J'ai été à la recherche des expérimentations modernes, et j'en ai recueilli les résultats. Tous ces élémens, je les ai présentés de manière à ce qu'ils pussent être aisément saisis, et que le médecin n'eût qu'à ouvrir le livre pour se mettre au

courant de tout ce que la science nous offre de véritablement pratique.

Qu'on ne croie pas néanmoins que j'aie voulu me borner au rôle de compilateur. Faire un recueil de recettes, et accueillir tout sans discussion, ne pouvait me convenir ; c'est ce dont ne peuvent douter ceux qui connaissent mes doctrines et mes travaux antérieurs, quelque jugement qu'ils en puissent porter d'ailleurs. J'ai donc soumis à la critique les opinions, les théories, les faits; car je suis convaincu que rien n'est plus pernicieux pour la pratique que de répandre, sans contrôle, dans le public, comme on ne le fait que trop, les résultats d'une expérimentation incomplète ou d'une observation erronée. Je n'ai pas non plus oublié qu'il ne suffit pas d'énumérer et même de faire connaître en détail les diverses espèces de traitement mises en usage, et qu'il faut encore rechercher si parmi elles il en est qui inspirent une confiance particulière; c'est ce que j'ai fait. Malheureusement, le défaut de renseignemens positifs m'a empêché bien souvent de porter un jugement motivé; j'ai fait alors ce que je pouvais faire; j'ai exposé l'état de la science, en en signalant le vague et l'incertitude. Cette partie de ma tâche ne m'a pas paru la moins importante, et, je dois le dire, c'est celle que, malgré sa grande difficulté, j'ai accomplie avec le plus de plaisir, parce que j'ai la conviction que rien ne saurait être plus utile que de montrer aux laborieux observateurs de nos jours les innombrables et immenses lacunes qu'il reste encore à combler, afin que chacun redouble d'efforts à la vue de tant de travaux à accomplir. C'est ainsi, j'ose l'espérer, que cet ou-

vrage ne sera pas sans quelque utilité pour la science, tout en s'adressant particulièrement aux besoins de l'art.



GUIDE

DU

MÉDECIN PRATICIEN.

LIVRE PREMIER.

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES.

Les maladies de l'appareil respiratoire sont à la fois multipliées, fréquentes et souvent très-graves; sous ce triple point de vue, elles méritent toute l'attention du praticien, et c'est ce qui m'engage à en placer la description en tête de cet ouvrage. Je commencerai par les maladies des fosses nasales.

CHAPITRE PREMIER.

Maladies des fosses nasales.

Les fosses nasales ont un double usage : 1° elles sont le siége de l'olfaction; 2° elles constituent une portion importante du canal respiratoire. A ces deux titres, elles intéressent le physiologiste. Il n'en est pas de même du pathologiste. Pour lui, en effet, les fosses nasales ont un médiocre intérêt comme siége de l'olfaction; les aberrations de l'odorat,

lorsqu'elles n'ont pas pour cause une lésion organique, ou, en d'autres termes, lorsqu'elles ne sont pas un simple symptôme d'une affection plus sérieuse, ne sont presque jamais soumises à son observation; et quand elles ne constituent qu'un symptôme, leur importance se perd dans celle des autres phénomènes présentés par la maladie principale. Comme faisant partie des voies respiratoires, au contraire, elles présentent des affections importantes, qui vont être étudiées successivement.

Voici l'ordre que je suivrai dans la description des diverses maladies de ces cavités. Je commencerai par l'*épistaxis*, affection légère ordinairement, mais parfois assez grave pour causer la mort. Puis je décrirai l'inflammation aiguë simple de la pituitaire : *coryza aigu simple*, ou mieux *rhinite aiguë;* l'inflammation chronique simple : *coryza chronique simple; rhinite chronique;* et enfin l'*ozène*, maladie importante que je désignerai, pour des raisons qui seront exposées plus loin, sous le nom de *coryza ulcéreux*, ou *rhinite ulcéreuse*.

ARTICLE Ier.

ÉPISTAXIS (*hémorrhagie nasale, rhinorrhagie*).

L'épistaxis est une des hémorrhagies qui se rattachent au plus grand nombre d'états pathologiques. S'il fallait l'étudier sous tous les points de vue qu'elle peut présenter et dans tous ses rapports avec les autres affections, j'aurais à entrer dans des considérations extrêmement multipliées. Mais cette manière de l'envisager, quelque intéressante qu'elle soit, n'entre point dans le plan de cet ouvrage. Il serait

tout-à-fait inutile pour le praticien de mêler à l'histoire de l'épistaxis, qui peut réclamer en propre les secours de l'art, celle de l'épistaxis, qui n'apparaît que comme épiphénomène dans le cours d'une autre affection. Il sera temps de parler de cette dernière espèce d'hémorrhagie nasale lorsque nous aurons à étudier les maladies dont elle est un symptôme. Je ne traiterai donc, dans cet article, que de l'épistaxis qui constitue à elle seule une maladie à combattre.

Bien que restreinte dans ces limites, l'épistaxis n'en présente pas moins un certain nombre d'espèces ou de variétés, suivant la cause qui l'a produite. Ainsi nous avons l'épistaxis par congestion ou active; les diverses espèces d'épistaxis dites passives, telles que l'épistaxis scorbutique, chlorotique, etc.; les épistaxis supplémentaires : toutes hémorrhagies qui par leur abondance peuvent occasionner de graves accidens et même la mort. On trouve des exemples de cette terminaison funeste dans les épistaxis idiopathiques aussi bien que dans les épistaxis symptomatiques; en sorte que cette hémorrhagie, quelle que soit sa cause, doit attirer spécialement l'attention du praticien, dès que son abondance dépasse certaines limites.

Après ces considérations, on ne s'étonnera pas de ne pas me voir diviser cette hémorrhagie en critique et symptomatique, avec fièvre et sans fièvre, comme l'a fait Fernel (*Pathol.* lib. V, ch. VII, *Hæmorrhagia narium*), ou bien en passive, pléthorique, fébrile, critique, *insalubre*, d'après Sauvages (*Nosol. meth.*, t. II, p. 284. Amst. 1768). Je ne conserverai de ces divisions que ce qui pourra avoir quelque importance pour le traitement. Débarrasser ainsi l'histoire

de cette maladie de tous les accessoires qui l'accompagnent, et qui, fort intéressans sans aucun doute, en pathologie théorique, n'ont aucun avantage pour la pathologie appliquée et la thérapeutique, c'est, je crois, le seul moyen de donner à cet article un caractère véritablement pratique.

§ I[er]. — Définition ; synonymie ; fréquence.

Toute espèce d'hémorrhagie nasale est désignée aujourd'hui sous le nom d'épistaxis. Les anciens lui donnaient généralement le nom d'*hæmorrhagia narium*, ou simplement *d'hæmorrhagia;* quelquefois ils mettaient en usage les expressions de *stillatio sanguinis è naribus*, *sanguinis fluxus per nares*. Dans ces derniers temps, on s'est servi des termes de *rhinorrhagie* ou *hæmorhinorrhagie*.

L'épistaxis est, sans contredit, la plus fréquente de toutes les hémorrhagies; mais il est assez rare qu'elle soit assez abondante pour détériorer la santé ou pour réclamer immédiatement les secours de l'art : cas dont nous nous occupons ici, ainsi que je l'ai dit plus haut. Néanmoins il est peu d'auteurs qui n'aient cité des exemples d'hémorrhagies nasales très-violentes et auxquelles il a fallu opposer des remèdes énergiques, en sorte que le praticien doit être en garde contre de pareils accidens et connaître à fond les divers moyens de traitement qui seront décrits plus loin avec détail.

§ II. — Causes.

1° *Causes prédisposantes.*

Épistaxis idiopathique. C'est un fait reconnu par tout le monde, que le jeune *âge* est particulière-

sujet à cette espèce d'hémorrhagie. Toutefois il est nécessaire d'établir une distinction. Si l'on considère l'épistaxis en général, sans acception des circonstances qui peuvent lui donner les degrés de gravité les plus divers, nul doute que l'enfance et l'adolescence ne soient les époques de la vie où elle se manifeste de préférence. Combien ne voit-on pas d'individus qui, après avoir eu pendant toute leur jeunesse des épistaxis très-fréquentes, les ont vu disparaître peu à peu à mesure qu'ils avançaient vers l'âge mur! Mais si nous ne considérons que l'épistaxis qui par sa gravité compromet la santé et même la vie des sujets, nous sommes bien loin de trouver, dans le jeune âge, cette proportion immense de cas qu'on y observe quand il s'agit de l'épistaxis légère. Parmi les observations que j'ai pu réunir, quatorze donnent l'âge des malades, et il en résulte que six seulement étaient, non point des enfans, mais des jeunes gens, et que huit étaient parvenus à l'âge mûr ou à une vieillesse assez avancée.

Quant au *sexe*, les faits prouvent qu'il a une grande influence sur la production de l'épistaxis. Tous les auteurs ont reconnu que les sujets du sexe masculin éprouvaient bien plus fréquemment cette hémorrhagie que ceux du sexe féminin; et ce qui est vrai de l'épistaxis considérée en général, ne l'est pas moins de l'épistaxis grave, car sur dix-sept cas de ce genre que j'ai rassemblés et qui font mention du sexe, douze appartiennent à des hommes.

On a dit que cette hémorrhagie était assez souvent *héréditaire*; c'est une assertion émise formellement par F. Hoffmann (t. I, *Hæmorrhagia narium*. Genev. 1748), et qui peut être exacte, mais qui n'est nulle-

ment prouvée, car à peine trouve-t-on deux ou trois observations où cette hérédité ait été parfaitement constatée.

Une *constitution forte*, le *tempérament sanguin* et tous les signes d'un *état pléthorique habituel*, sont aussi regardés comme des prédispositions à la maladie qui nous occupe. Sur dix-neuf observations, examinées dans le but de résoudre cette question, six viennent à l'appui de l'opinion générale; et comme dans ces observations il s'agit de cas graves, dont un bon nombre ont des causes organiques pour les expliquer, il s'ensuit (en admettant que le nombre des faits soit suffisant) que l'épistaxis idiopathique survient fréquemment chez les sujets placés dans les conditions qui viennent d'être indiquées.

Un *régime excitant*, des *boissons alcooliques* abondantes, doivent-ils être rangés parmi les causes dont il s'agit? On le pense généralement, et on en appelle à l'expérience en faveur de cette opinion. Je suis loin de nier l'influence de cette cause, dont l'existence me paraît au moins très-probable; mais des recherches rigoureuses n'ont pas été faites pour nous apprendre quel est son degré de puissance.

Les auteurs ne sont pas tous d'accord sur l'influence des *saisons* dans la production de l'épistaxis; mais généralement on admet que cette hémorrhagie est plus fréquente au printemps et au commencement de l'été qu'à aucune autre époque de l'année. Parmi ceux qui ne regardent pas ce fait comme démontré, et qui affirment que l'épistaxis a également lieu dans toutes les saisons, il faut citer, en première ligne, le célèbre Sydenham (*Op. omn.*, cap. VII, p. 177, *hæmorrhagia narium*). Mais ici encore nous manquons de

recherches exactes qui puissent nous fixer sur la valeur de ces deux opinions opposées; cependant l'expérience paraît contraire à la manière de voir de Sydenham, et le grand nombre d'épistaxis qu'on observe au commencement des chaleurs ne laisse guère de doute sur la réalité de cette cause, quoique son degré précis d'influence nous soit inconnu.

Je ne ferai que mentionner quelques autres causes prédisposantes, telles que la vie sédentaire, l'état de grossesse, le peu de longueur du cou, l'amputation d'un membre (F. Hoffmann, *loc. cit.*, § XII), qui ont été assignées à l'épistaxis, mais sans preuves.

Épistaxis symptomatique. Il est évident que c'est dans les causes prédisposantes des maladies dont l'épistaxis est un symptôme, qu'il faut chercher celles de ce symptôme lui-même. Il serait, par conséquent, superflu d'entrer dans des détails à ce sujet. Disons seulement que dans un âge avancé on trouve une plus grande proportion d'épistaxis de cette espèce. C'est du moins ce qu'un coup d'œil jeté sur un certain nombre de faits, et l'opinion de la plupart des auteurs, nous portent à admettre, en attendant qu'une observation plus attentive ait prononcé.

On a cité des exemples d'épistaxis graves survenues chez des sujets tellement prédisposés aux hémorrhagies, que de nombreuses pertes de sang avaient lieu par différentes voies, soit en même temps, soit à de courts intervalles. La cause de cette diathèse hémorrhagique n'a pas été découverte, et en les nommant *hémorrhagies constitutionnelles*, on a constaté le fait, sans jeter la moindre lumière sur la question. Ces épistaxis sont-elles dues à un état particulier du

sang? à une congestion exagérée de la muqueuse? à sa trop grande perméabilité? Ce sont autant de problèmes qu'il est impossible de résoudre.

2° *Causes occasionnelles.*

Si nous avons eu de la peine à découvrir les causes prédisposantes de l'épistaxis, nous en avons bien plus encore à trouver ses causes occasionnelles. Je sais bien que tous les auteurs en ont donné une longue liste, et que si l'on veut se contenter de simples assertions, on peut facilement se satisfaire. Mais si on cherche des preuves, on en trouve infiniment peu. C'est au point que sur dix-neuf observations d'épistaxis fort graves, et dont la cause aurait dû fortement fixer l'attention du médecin, six seulement indiquent des causes occasionnelles auxquelles on pouvait attribuer l'hémorrhagie. Rien, dans les autres, ne porte à penser qu'on les ait recherchées; il n'en est fait aucune mention. Je vais donc me borner à indiquer celles de ces causes sous l'influence desquelles on croit généralement que se produit l'épistaxis, sans en garantir la réalité.

Épistaxis idiopathique. On a cru trouver la cause occasionnelle de cette hémorrhagie dans l'insolation; dans le séjour plus ou moins prolongé dans un lieu dont la température est élevée; dans l'usage immodéré de boissons chaudes, aromatiques, et surtout alcooliques; dans des travaux d'esprit trop persévérans; dans un exercice pénible, de grands efforts de voix, un violent éternument, une vive contrariété, un coup, l'usage du tabac, la titillation des narines, etc. etc. Il se peut que plusieurs de ces causes aient une grande part dans la production de

l'épistaxis légère; mais pour l'épistaxis grave, voici ce qui a eu lieu dans six des dix-neuf cas que j'ai rassemblés. Deux sujets, après avoir pris une énorme quantité de boissons alcooliques, ont eu une hémorrhagie qui a fait craindre pour leurs jours. Un autre a été soumis à une *insolation* prolongée et a fait abus des plaisirs vénériens; le quatrième a eu une vive affection morale; le cinquième s'était, pendant plusieurs jours, livré sans relâche aux travaux de l'esprit, et le sixième avait reçu un coup sur le nez. Est-il permis de généraliser avec des faits si variés et si peu nombreux?

Quelquefois, et j'en ai sous les yeux un exemple, une suppression brusque des règles est promptement suivie d'une épistaxis; on peut donc regarder la *suppression du flux menstruel* comme une cause déterminante de l'hémorrhagie nasale; mais pour tout autre flux, on doit rester dans le doute, car s'il existe en faveur de cette opinion d'autres preuves que les assertions des auteurs, elles sont loin d'être nombreuses. Chez un seul sujet, dont l'observation est citée par Fabrice de Hilden (Obs. XIV. Cent. II. *De periculosâ Hæmorrhagiâ narium in sene*), une épistaxis grave survint après la suppression d'un flux sanguin qui avait lieu à certaines époques de l'année par la rupture de quelques varices des jambes.

Parmi les causes de l'épistaxis, on a encore rangé les fièvres intermittentes, et Morgagni expliquait par l'engorgement des viscères abdominaux la congestion de la pituitaire et l'hémorrhagie qui en est la suite. Dans un seul cas, une épistaxis *abondante* s'est montrée dans le cours d'une fièvre intermittente, et l'état de la rate n'a pas été mentionné.

Enfin on a cité des *épidémies* d'épistaxis. Morga-

gni (Epist. XIV) en mentionne une qui fit périr un grand nombre d'habitans de l'Etrurie et de la Romagne, mais il ne donne pas de détails suffisans pour qu'on puisse dire si l'hémorrhagie était idiopathique ou symptomatique d'une affection générale.

Épistaxis symptomatique. Les causes occasionnelles de l'épistaxis symptomatique, lorsqu'on a pu en découvrir [1], n'ont pas été différentes de celles qui produisent l'épistaxis idiopathique; en général, seulement, elles ont, dans ces cas, beaucoup plus de puissance. C'est tout ce qu'on en peut dire dans l'état actuel de la science.

§ III. — Symptômes.

Est-il nécessaire, pour l'étude des symptômes, de diviser, ainsi que je l'ai fait jusqu'à présent, l'épistaxis en idiopathique et symptomatique? Sans doute si, comme dans les cours de pathologie, je traitais de toutes les espèces d'épistaxis, et même de celles qui ne sont qu'un épiphénomène d'une autre maladie, il faudrait nécessairement établir cette division. Mais quand il ne s'agit que d'un écoulement de sang, qui par son abondance et les accidens qui en sont la suite, acquiert pour ainsi dire l'importance d'une maladie particulière, nous pouvons en considérer les symptômes, indépendamment de leur cause spéciale, en ayant soin toutefois d'indiquer cette cause lorsque l'occasion s'en présentera. Quel avantage trouverions-nous à nous étendre longuement sur cette épistaxis qui survient si fréquem-

[1] Le lecteur ne doit pas oublier qu'il ne s'agit, à proprement parler, dans cet article, que de l'épistaxis assez grave par elle-même pour réclamer les secours de l'art.

ment dans l'enfance et la jeunesse, et qui n'est considérée par personne comme une véritable maladie ? Il suffira d'en dire un mot lorsque nous aurons à parler des effets produits par la suppression de l'hémorrhagie nasale. Quel fruit le praticien retirerait-il de considérations étendues sur l'épistaxis des maladies fébriles, ailleurs que dans l'histoire de ces maladies ?

Symptômes précurseurs. Il n'est peut-être pas d'hémorrhagie où l'on ait plus fréquemment trouvé les signes du *molimen hæmorrhagicum* que l'épistaxis. Les anciens ont décrit avec assez de soin ces symptômes précurseurs ; mais comme ils n'établissaient aucune distinction entre les diverses espèces d'épistaxis, sans en excepter celles des maladies fébriles (*Epistaxis cum febre*, de Fernel ; *Febrilis*, de Sauvages, etc.), il s'ensuit que parmi ces symptômes précurseurs il en est un certain nombre qui appartiennent à la maladie principale dont l'épistaxis n'est qu'un symptôme. Dans une fièvre typhoïde, par exemple, on ne peut pas dire, lorsqu'il survient une épistaxis, que cette hémorrhagie a eu pour symptômes précurseurs la céphalalgie, les vertiges, les bourdonnemens d'oreille, la faiblesse générale, etc., car ces symptômes sont ceux du début de la fièvre typhoïde elle-même.

Les symptômes précurseurs admis aujourd'hui sont les suivans : démangeaison de l'intérieur des narines, augmentation de chaleur, sécheresse de la muqueuse, enchifrènement, pesanteur vers la racine du nez, éternumens fréquens, quelquefois sensation d'un corps étranger dans les fosses nasales, battemens des artères temporales, congestion de la face, éclat des yeux, ouïe dure, bourdon-

nemens ou sifflemens d'oreille, impossibilité de se livrer au travail, pesanteur de tête, céphalalgie, dureté du pouls, refroidissement des extrémités, etc., etc. On trouve même dans la plupart des auteurs que ces symptômes n'ont quelquefois pour siége qu'un seul côté de la face; mais on chercherait vainement un fait authentique en faveur de cette proposition.

Il est certain que dans plusieurs cas on constate l'existence d'un ou de plusieurs des symptômes qui viennent d'être indiqués; mais quand on examine attentivement les faits, on ne tarde pas à se convaincre qu'il y a dans ce tableau la plus excessive exagération, et l'on ne peut y voir qu'un reste de cette confusion qui a conduit les anciens à attribuer à une maladie ce qui appartient à une autre. Combien de fois ne voit-on pas l'épistaxis survenir sans aucun de ces signes, et pour ainsi dire à l'insu du sujet qui en est affecté! C'est ce qui a été reconnu par le docteur Kerr (*The Cyclopædia of pract. med.* art. Épistaxis), et par M. Rochoux, qui s'exprime ainsi à ce sujet (*Dictionn. de Médecine ou Répertoire général*, etc. tome XII, p. 203, art. Épist.) : « Quand vraiment on observe des accidens graves et nombreux, c'est surtout dans les affections aiguës, susceptibles de présenter l'épistaxis comme crise ou complication : alors les symptômes qui l'annoncent, l'espèce d'orage qui la précède, et durant lequel elle s'effectue, tiennent évidemment beaucoup plus à la maladie principale qu'au prétendu effort hémorrhagique. »

Ce qui est vrai de l'épistaxis légère ne l'est pas moins de l'épistaxis assez grave pour compromettre

les jours des malades. Si en effet je parcours dix-neuf cas d'hémorrhagie nasale de cette espèce, je ne trouve de symptômes précurseurs que dans cinq, et encore quels sont-ils? Chez l'un, le pouls est devenu un peu plus fort; un autre a eu quelques étourdissemens; un troisième a les yeux brillans, le pouls dur et accéléré; le quatrième et le cinquième seuls ont, avec ces symptômes, de la pesanteur de tête et un peu de céphalalgie. Et qu'on ne croie pas que les cas où ce petit nombre de phénomènes n'eurent pas lieu étaient des exemples de cette épistaxis qu'on a appelée passive; car, dans presque tous, les auteurs ont soin de dire que l'hémorrhagie était active, ce qu'ils reconnaissaient à des phénomènes d'excitation survenant pendant son cours, et à l'état des forces qui ne se déprimaient qu'après une abondante perte de sang. Tout porte donc à croire qu'on a eu tort de généraliser ce qui n'appartient qu'à des cas particuliers. C'est cependant d'après ces symptômes précurseurs que fut porté le fameux diagnostic de Galien, si souvent cité. Mais tous les médecins prudens se sont abstenus de suivre cet exemple, et l'on ne saurait trop conseiller au praticien de se tenir dans une grande réserve, lorsqu'il n'a pour asseoir son jugement que des symptômes aussi peu caractéristiques, et qui, suivant la remarque de M. Rochoux, appartiennent bien plutôt au début d'un coryza qu'à une épistaxis imminente.

L'*épistaxis active* ayant le plus fréquemment présenté un ou plusieurs des symptômes indiqués dans le tableau précédent, on les lui a assignés comme caractères. Mais il n'est nullement prouvé par l'observation qu'on puisse établir une distinction réelle

entre les diverses hémorrhagies nasales, d'après cette seule considération. Toutefois on doit avoir égard à ces prodromes, quand il s'agit du traitement, et c'est ce que je rappellerai plus loin.

Symptômes pendant l'hémorrhagie. Le principal et presque l'unique symptôme de l'épistaxis est l'écoulement du sang par une des ouvertures des fosses nasales; il faut donc étudier avec soin son abondance, les propriétés physiques du liquide qui s'écoule, la manière dont il s'échappe, etc.

La distinction de l'épistaxis en active et en passive, ou bien en artérielle et veineuse (Rivière), a été établie en grande partie d'après les différences que présentait l'écoulement du sang chez les divers sujets[1]. Je vais présenter la description de l'épistaxis d'après les auteurs, tout en cherchant dans les observations, suivant la méthode que j'ai adoptée, quelle confiance on peut avoir dans leurs assertions.

Un ou plusieurs des symptômes précurseurs précédemment décrits, ayant duré pendant un temps très-variable (quelques heures ou plusieurs jours), ou bien ayant entièrement manqué, le sang commence à s'écouler goutte à goutte; il s'échappe par l'ouverture antérieure des fosses nasales, ou, ce qui est plus rare, par les ouvertures antérieures et postérieures à la fois, ou enfin, ce qui est beaucoup plus rare encore et doit être regardé comme exceptionnel,

[1] Il est bon toutefois de savoir que Sauvages (*Nosol. meth.*, t. II, p. 284. Amst. 1768) établissait son espèce de l'hémorrhagie passive sur de tout autres bases. Suivant lui, *l'hémorrhagie passive* (épistaxis) serait uniquement produite par des agens extérieurs : des coups sur le nez et sur le front, l'introduction de corps aigus dans les narines, etc. Quant aux autres hémorrhagies dites passives, il leur donne le nom d'hémorrhagies des maladies chroniques ; cette division n'a pas été admise.

par les ouvertures postérieures seulement. Dans vingt et une observations d'épistaxis grave que j'ai sous les yeux, il n'est pas fait une seule fois mention de la voie que prenait le sang pour se répandre au dehors.

L'*impétuosité* avec laquelle se produit l'hémorrhagie a été aussi remarquée. Suivant les auteurs, elle est grande dans l'hémorrhagie active, et faible au contraire dans l'hémorrhagie passive. Les observations que je leur emprunte ne nous apprennent encore rien au sujet de cette circonstance. Il est permis de croire que l'impétuosité de l'écoulement n'était pas moindre dans les hémorrhagies dites passives que dans les autres, car la perte de sang y a été tout aussi considérable, dans un temps donné.

La *couleur*, le *degré de température*, et la *coagulabilité* plus ou moins grande du sang ont été décrits avec soin, toujours dans le but de distinguer l'hémorrhagie active ou artérielle de l'hémorrhagie passive ou veineuse. Dans certains cas, on a vu le sang sortir rouge, chaud et très-coagulable, et on en a conclu qu'il y avait une hémorrhagie active ou artérielle; dans d'autres, au contraire, ce liquide était brunâtre et ne se coagulait pas, ce qui constitue l'hémorrhagie passive ou veineuse. On a même dit que dans la première de ces deux formes il se produisait facilement une couenne plus ou moins épaisse sur le sang. Les faits sont insuffisans sur ce point, car dans deux cas seulement il est dit que le sang était clair ou ressemblait à une sérosité rougeâtre, mais après une certaine durée de l'hémorrhagie. On voit donc que jusqu'à présent les observations nous laissent sans renseignemens précis sur des points très-importans, et que si nous admettons

cette division de l'épistaxis en hémorrhagie active et passive, c'est plutot d'après des idées théoriques que d'après une démonstration directe. Mais, heureusement, le médecin a, pour se guider dans sa pratique, des signes positifs qui sont indépendans de toute théorie, ainsi qu'on va le voir.

L'*abondance* de l'écoulement de sang est très-variable. Dans les épistaxis ordinaires, qui ne méritent pas en elles-mêmes de fixer l'attention du médecin, et qui n'ont d'importance que par leur fréquence, leur marche, ou leur suppression, l'hémorrhagie est peu abondante; mais dans l'hémorrhagie nasale grave dont il s'agit principalement ici, la perte de sang peut être énorme. Suivant quelques auteurs, la quantité du sang perdu a été de dix-huit, quarante-huit, et même soixante-quinze livres. Dans les observations que j'ai sous les yeux et qui appartiennent à Forestus, Fabrice de Hilden, Fr. Hoffmann, Latour, etc., on ne trouve pas, à beaucoup près, des chiffres aussi élevés, car lorsque la perte de sang est évaluée, elle ne s'élève pas à plus de six à douze livres; mais dans plusieurs cas il est dit que le sang coulait comme un ruisseau, ou bien que l'écoulement avait lieu abondamment depuis plusieurs jours. Suivant les auteurs, cette abondance excessive de l'écoulement sanguin appartient exclusivement à l'hémorrhagie dite passive ou à l'hémorrhagie symptomatique. Cette proposition, généralement vraie, est néanmoins trop absolue, car sur dix-neuf cas d'épistaxis assez abondante pour compromettre l'existence et pour exiger de prompts secours, il en est six qui présentaient des signes de l'hémorrhagie dite active, tels que rougeur de la face, éblouissemens; plénitude, dureté du pouls, etc.

Le *siége* précis de la filtration du sang à travers la membrane pituitaire n'est pas toujours facile à déterminer. Le plus souvent on le trouve dans la moitié antérieure des fosses nasales; quelquefois c'est la partie postérieure qu'il occupe exclusivement, et quelquefois aussi toute l'étendue de ces cavités. M. Gendrin (*Traité phil. de Méd. prat.* t. Ier, p. 116) prétend que «le sang qui s'extravase à la surface de la pituitaire vient très-rarement d'une partie de cette membrane, plus élevée que celle qui revêt les ailes du nez et la convexité des cornets inférieurs»; et il ajoute que «l'on peut très-souvent, par un examen attentif, reconnaître à la vue le point d'où provient le sang.» C'est un fait à vérifier, car cet auteur est le seul qui ait avancé une pareille proposition. Il resterait toujours à savoir si, dans les cas sérieux, le siége de l'hémorrhagie est aussi borné et aussi accessible à la vue.

C'est par l'ouverture la plus voisine du siége de l'hémorrhagie que se fait l'écoulement. Toutefois, si le sujet est debout ou assis, et si sa tête est inclinée en avant, le sang s'échappe par l'ouverture antérieure, même lorsqu'il a sa source dans la partie postérieure des fosses nasales; et s'il est couché en supination, le contraire a lieu. Dans ce dernier cas, le liquide tombe dans le pharynx, et est ensuite expulsé par la bouche. Chez les enfans, ou bien lorsque l'épistaxis a lieu la nuit, le sang peut arriver jusque dans l'estomac et faire croire ensuite à l'existence d'une hématémèse. J'y reviendrai à l'article du diagnostic.

On voit quelquefois une épistaxis très-abondante se suspendre presque tout à coup par suite de la for-

mation de caillots à l'ouverture antérieure des fosses nasales. On peut croire alors que l'hémorrhagie est terminée; mais bientôt, soit que l'on enlève les caillots, soit que l'effort du sang accumulé les chasse violemment, soit enfin que le liquide s'écoule par l'ouverture postérieure et tombe dans le pharynx, tous les symptômes de l'hémorrhagie se reproduisent. Un simple éternument ou l'action de se moucher, suffisent pour rappeler le flux sanguin.

Lorsque l'hémorrhagie survient chez un sujet bien constitué, fort, pléthorique et présentant quelques signes de congestion vers la tête, le premier résultat de l'écoulement du sang est de procurer un soulagement notable; et si cet écoulement est médiocrement abondant, il ne produit que d'heureux effets. Mais si l'hémorrhagie se prolonge, il survient des symptômes qui annoncent un grand danger et qui se manifestent bien plutôt dans les cas d'épistaxis symptomatique, chez les sujets faibles, mal constitués, chlorotiques, scorbutiques, etc. Ces symptômes, bien qu'appartenant à toutes les hémorrhagies abondantes, doivent être indiqués dans cet article.

La face pâlit, et peu de temps après, les tégumens des autres parties du corps se décolorent. Les extrémités se refroidissent, des horripilations ont lieu, et si le corps se couvre de sueur, c'est une sueur froide. La faiblesse est extrême; les sujets, couchés sur le dos, ont à peine la force de faire un mouvement. Dans un cas, on trouva le malade étendu par terre au milieu du sang qu'il avait perdu, et quoiqu'il ne fût pas encore privé de connaissance, il lui était impossible de se relever. Enfin des lypothimies plus

ou moins nombreuses viennent rendre ces symptômes plus effrayans encore. Dans quelques cas, la perte de sang, quoique trop peu abondante pour produire d'aussi graves accidens, a néanmoins été assez considérable pour laisser après elle de la langueur, de la faiblesse, des palpitations de cœur déterminées par la moindre cause, de l'inappétence ou un appétit capricieux, des digestions difficiles, en un mot tous les signes d'une grande susceptibilité nerveuse. La multiplicité des épistaxis dans un temps donné a les mêmes effets, quoique chaque hémorrhagie en particulier ne soit pas assez considérable pour le produire.

En même temps que l'hémorrhagie nasale a lieu avec violence, on voit dans quelques cas des pétéchies, des ecchymoses se montrer sur différentes parties du corps; ces cas sont très-graves. Latour et M. Pascal en ont cité des exemples.

Quelquefois, loin d'être trop abondante, l'épistaxis paraît s'arrêter trop tôt, ce que l'on reconnaît à la persistance des symptômes qui ont précédé l'écoulement sanguin. Le médecin doit avoir son attention toujours fixée sur ce point; car, en pareil cas, les secours de la médecine sont presque toujours nécessaires.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

On sait que l'épistaxis légère est une hémorrhagie qui pendant longues années se reproduit à des intervalles plus ou moins variables, et avec une fréquence plus ou moins grande, suivant les saisons. Quelques sujets présentent cette hémorrhagie toute leur vie, mais le plus souvent elle cesse après l'enfance ou la

jeunesse. Dans quelques cas peu fréquens, l'épistaxis revient à des intervalles très-réguliers, mais assez éloignés. On en voit un exemple dans une observation publiée par M. Taunton (*Lond. Med. and surg. Journ.* vol. IV, p. 489, 1830), et dont il est lui-même le sujet. L'hémorrhagie, qui eut lieu pour la première fois à neuf ans, commença à prendre le caractère périodique à l'âge de quatorze ans. Elle revenait régulièrement tous les mois, et à l'âge de trente-six ans, époque à laquelle l'auteur écrivait, la régularité se soutenait encore. Il n'y eut qu'un petit nombre d'époques où l'écoulement de sang fut supprimé, et alors il y eut divers accidens dont le siége était principalement dans la tête. Ne peut-on pas comparer cette évacuation à l'hémorrhagie menstruelle ?

Il est quelques cas rares où la périodicité de l'épistaxis est plus remarquable encore. L'intervalle qui sépare les espèces d'accès hémorrhagiques n'est pas, en effet, plus considérable que celui qui sépare les accès de fièvre intermittente. On en trouve un exemple remarquable dans une observation recueillie et publiée par M. Bottex (*Compt. rend. des trav. de la Soc. méd. de Lyon*, 1831, p. 36). Dans ce cas, il y eut une épistaxis *quotidienne* très-abondante, revenant pendant quatre jours à une heure fixe, et durant trois heures chaque fois. Dans le second accès, la face était vultueuse, les yeux brillans, le pouls dur et accéléré. Le sulfate de quinine fut administré, et parut avoir un plein succès; mais c'est un point sur lequel je reviendrai. Un cas semblable a été observé par un des auteurs du *Compendium* (*Compendium de Médecine pratique*, par MM. Monneret et

Fleury, t. III, p. 438). J'en parlerai également un peu plus loin.

Lorsque l'hémorrhagie est assez abondante pour compromettre les jours des malades, il est rare que le sang s'échappe continuellement avec la même force pendant toute la durée de l'épistaxis. Par momens l'écoulement se suspend, ou diminue notablement d'intensité, pour recommencer bientôt avec une nouvelle activité; c'est en général dans les hémorrhagies nasales dites passives, que cet écoulement a le plus d'uniformité.

Dans trois cas d'épistaxis mortelle que j'ai sous les yeux, la perte de sang, qui avait été très-intermittente, se reproduisit peu d'instans avant la mort, et emporta les malades.

La *durée* de l'épistaxis légère est, comme chacun sait, peu considérable; un quart d'heure ou vingt minutes sont regardés dans ces cas comme une assez longue durée. Quant à l'épistaxis grave, elle se prolonge plus longtemps; mais il faut établir à ce sujet une distinction. Si l'on considère la durée totale de l'épistaxis, sans avoir égard aux intermittences irrégulières qu'elle présente le plus souvent, on trouve que cette hémorrhagie peut durer depuis quelques heures jusqu'à quinze et vingt jours, se reproduisant un certain nombre de fois dans les vingt-quatre heures. Mais si l'on constate la durée de chacun de ces retours plus ou moins fréquens de la perte sanguine, on voit qu'une persistance de trois ou quatre heures peut être considérée comme excessive. Il est rare qu'en pareil cas les symptômes généraux ne soient pas alarmans au plus haut point.

Lorsque l'épistaxis se termine heureusement, sans

application de médicamens topiques, on voit l'hémorrhagie diminuer peu à peu; et s'il existe des symptômes généraux, ils se dissipent en partie. Ainsi la chaleur reparaît aux extrémités, le pouls se relève, et l'affaissement est moins considérable. Lorsque les moyens employés réussissent à supprimer plus ou moins brusquement l'hémorrhagie, on remarque les mêmes signes favorables; mais, dans l'un et l'autre cas, si la perte de sang a été abondante, la faiblesse persiste pendant un temps assez long.

§ V. — Lésions anatomiques.

La tuméfaction et l'injection de la muqueuse ont été données par M. Gendrin comme les seules lésions organiques appartenant aux épistaxis de courte durée. Dans les épistaxis chroniques, il dit avoir vu une injection telle des capillaires, que ces vaisseaux étaient comme variqueux.

Dans les trois cas d'épistaxis mortelles que j'ai actuellement sous les yeux, on n'a trouvé de ces altérations que l'épaississement de la muqueuse, et cela dans un seul cas (*Case of death by inanition from spontaneous hemorrhagy, by James Bonnar; Edimb. Med. and. surg. Journ.*, 1822, t. XVIII). Chez un second sujet, les fosses nasales et les sinus maxillaires étaient remplis par un caillot sanguin, en partie blanc et demi-transparent; mais la pituitaire était intacte. Chez le troisième, observé par M. Félix Pascal (*Épist. pass. suivie de mort; nouv. Journ. de Méd.*, t. VIII, p. 18, mai 1820), les fosses nasales ne présentaient aucune espèce d'altération.

On peut donc dire qu'il n'y a pas de lésion organique qui appartienne en propre à l'épistaxis. Mais si l'on ne trouve rien dans les fosses nasales, il est dans d'autres parties du corps quelques lésions qui ne sont pas sans importance. On voit quelquefois, dans divers points des tégumens, des ecchymoses plus ou moins profondes, dues à une infiltration du sang dans le tissu cellulaire sous-cutané; d'autres fois, ce sont de simples pétéchies. Dans un cas qui a été présenté à la Société anatomique, j'ai vu des extravasations sanguines formant des taches de grandeur variable dans tous les organes et même dans les parois du cœur. Il est plus que probable que dans ces cas, qui font partie de ces épistaxis si graves dont il a été parlé plus haut, il y a une altération du sang; mais on n'a pas encore rigoureusement constaté quelle est cette altération.

La décoloration observée pendant la vie dans les tégumens, existe après la mort dans tous les tissus; les vaisseaux sont vides; on trouve, en un mot, cet état exsangue de tout le corps qui est le résultat des grandes hémorrhagies.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Diagnostic. Le diagnostic de l'épistaxis, considéré d'une manière absolue, ne présente aucune difficulté; l'écoulement du sang au dehors suffit pour lever tous les doutes; mais on peut être appelé à résoudre quelques questions assez délicates que je vais passer en revue.

1°. *Peut-on diagnostiquer une épistaxis d'après les symptômes précurseurs?* Si les symptômes de congestion, le trouble de la vision, les étourdisse-

mens, la pesanteur de tête, la démangeaison, les picotemens siégeant dans les narines, surviennent, chez un individu sujet aux épistaxis, à une époque assez éloignée d'une hémorrhagie antérieure, et dans une saison où cette affection est fréquente on peut prévoir l'apparition de l'écoulement sanguin; mais, même dans ce cas, il faut être très-réservé. Dans toute autre circonstance on doit s'abstenir de tout jugement.

2°. *Lorsque le sang cesse de couler par l'ouverture antérieure des narines, peut-on savoir s'il est complétement arrêté, ou s'il s'écoule encore dans l'arrière-bouche?* Ordinairement les malades rejettent le sang par expuition, et il n'y a alors aucune difficulté. Mais si l'épistaxis a lieu chez un enfant, ou chez une personne privée de connaissance, il faut observer les mouvemens de déglutition et ouvrir largement la bouche du malade. Si l'écoulement du sang continue, on voit ce liquide descendre en nappe sur la paroi postérieure du pharynx.

3°. *Lorsque le sang a été avalé, ce qui peut avoir lieu pendant le sommeil, il est quelquefois rejeté par le vomissement; comment distinguer alors l'épistaxis de l'hématémèse?* On inspecte avec soin l'ouverture antérieure des fosses nasales et le pharynx. Par ce moyen, on découvre la source de l'hémorrhagie, si elle persiste encore, même à un faible degré. Si elle a cessé, on trouve encore des caillots plus ou moins consistans dans ces parties; il est d'ailleurs bien difficile qu'on n'ait pas des renseignemens suffisans pour lever tous les doutes. D'autre part, l'absence de tout symptôme antérieur du côté des voies digestives viendra en aide au diagnostic.

Les mêmes signes feront distinguer l'expuition du sang provenant d'une épistaxis, de cette hémoptysie qui a lieu sans grands efforts de toux, et par un simple mouvement d'expiration. De plus, l'état du sang, pris en caillots noirs et non mêlé aux crachats, servira à éloigner l'idée d'une hémoptysie; et enfin les signes fournis par la percussion et l'auscultation compléteront le diagnostic qui peut être résumé de la manière suivante :

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1°. *Signes distinctifs des symptômes précurseurs de l'épistaxis et du coryza intense, à son début.*

SYMPTÔMES PRÉCURSEURS DE L'ÉPISTAXIS.	CORYZA AIGU INTENSE, AU DÉBUT.
Pesanteur de tête plus notable que la douleur.	*Céphalalgie* plutôt que simple pesanteur de tête.
Troubles de la vision consistant en bluettes; coloration rouge des corps, etc.	*Impression désagréable* produite par la lumière; larmoiement.
Quelquefois *bourdonnemens* d'oreille.	Pas de *bourdonnemens* d'oreille.
Pituitaire plutôt humide que sèche.	*Sécheresse* notable de la pituitaire.

Je ne saurais trop répéter que ce diagnostic est douteux; qu'il n'est fondé que sur des nuances souvent trompeuses, et qu'il n'a une véritable valeur que lorsque les signes regardés comme précurseurs d'une épistaxis surviennent chez un individu sujet à cette hémorrhagie, et à une époque où l'on doit en attendre le retour.

2°. *Signes annonçant que l'écoulement de sang, bien que ne se produisant plus par l'ouverture antérieure des fosses nasales, n'est pas encore terminé.*

Le *pouls* ne se relève pas; il devient au contraire plus petit et plus concentré.

Le *refroidissement* des extrémités persiste et même augmente.
Sueur froide sur tout le corps.
Mouvemens de déglutition plus ou moins marqués.

Lorsqu'on observe ces signes, il faut examiner le pharynx, et l'on voit le sang s'écouler en nappe. Lorsque le sujet a encore assez de force pour rejeter le sang par la bouche, le diagnostic n'offre évidemment aucune difficulté, et les signes précédens sont inutiles.

3°. *Signes distinctifs de l'épistaxis et de l'hématémèse, lorsque le sang, après avoir été avalé, est rendu par la bouche.*

ÉPISTAXIS.	HÉMATÉMÈSE.
Commémoratifs : Aucun symptôme *du côté des voies digestives.*	*Commémoratifs :* Souvent symptômes antérieurs *du côté de l'estomac ;* douleurs ; trouble des digestions, etc.
Hémorrhagie nasale avant le vomissement de sang.	Vomissement de sang non précédé *d'hémorrhagie nasale.*
Traces de sang : caillots mous ou desséchés dans les fosses nasales.	Pas de *traces de sang* dans les fosses nasales.

Quelquefois néanmoins l'hématémèse est tellement abondante, qu'une partie du sang s'échappe par le nez, et dans ce cas, le médecin arrivant dans un moment où l'hémorrhagie serait moins forte, pourrait trouver dans les fosses nasales des traces de sang propres à l'induire en erreur. La simultanéité de l'écoulement par la bouche et par le nez, et les autres commémoratifs, faciliteront ce diagnostic important, car l'hématémèse est une maladie bien autrement à craindre que l'épistaxis.

4°. *Signes distinctifs de l'épistaxis et de l'hémoptysie dans des circonstances semblables aux précédentes.*

ÉPISTAXIS.	HÉMOPTYSIE.
Sang rejeté par de *simples efforts d'expuition* ou à la suite d'une *toux légère.*	Sang rendu *à flots* ou à la suite *d'efforts de toux.*
Sang *noir*, souvent en *caillots.*	Sang *rutilant*, *spumeux.*

Traces de sang dans les fosses nasales.	*Pas de traces* de sang dans les fosses nasales. (Les réflexions précédentes pourraient être reproduites ici.)
Commémoratifs, *ut suprà*.	Commémoratifs, *ut suprà*.
Point de *signes de tubercules*, à moins d'une coïncidence.	*Signes de tubercules* obtenus par *la percussion et l'auscultation :* matité sous les clavicules ou dans les fosses sus-épineuses; respiration dure ou faible, craquemens, râles dans les mêmes points.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que pour les élever à un degré de certitude qu'ils sont loin d'avoir encore atteint, ces diagnostics différentiels doivent être étudiés avec plus de soin et de méthode qu'on ne l'a fait jusqu'à présent.

Pronostic. Le pronostic de l'épistaxis est plus important que celui de beaucoup d'autres maladies, parce que le praticien peut avoir deux indications opposées à remplir. Tantôt, en effet, il faut se hâter d'arrêter l'écoulement du sang, et tantôt au contraire on doit le respecter, si même on ne doit pas le favoriser. On sent donc combien il importe de connaître la gravité que présentent les divers cas d'épistaxis, avant qu'il soit trop tard pour mettre en usage les moyens appropriés aux différentes indications.

Je m'occuperai peu de l'épistaxis légère, qui se reproduit à des intervalles variables. Lorsque ces intervalles ne sont pas trop rapprochés, l'épistaxis, loin de présenter aucun inconvénient, a des avantages marqués, car elle dissipe ou prévient l'état de congestion qui constitue ce que l'on a appelé le *molimen hæmorrhagicum*. Lorsque les intervalles se raccourcissent notablement, on peut craindre de voir survenir, au bout d'un certain temps, un état d'ané-

mie fâcheux, ou, ce qui est plus grave encore, une épistaxis très-abondante, car dans plusieurs des observations que j'ai sous les yeux, je vois que le nombre des épistaxis qui ont précédé celle qui a mis les jours des malades en danger, était devenu plus considérable dans un temps donné. D'un autre côté, dans trois cas sur dix-neuf, le contraire a eu lieu; c'est-à-dire qu'une épistaxis très-abondante et très-grave a succédé à une suppression prolongée de l'hémorrhagie nasale habituelle. Ainsi deux états tout-à-fait différens peuvent avoir pour résultat le même accident.

L'épistaxis abondante et grave s'étant déclarée, est-il possible d'en déterminer la gravité, et peut-on, à une époque rapprochée de son début, 1° prévoir le degré de difficulté qu'on aura à l'arrêter; 2° juger s'il y a ou non utilité à mettre au plus tôt un terme à l'écoulement du sang?

1°. Suivant les auteurs, l'épistaxis active est plus facilement arrêtée que l'épistaxis passive. Cette proposition me paraît un peu trop absolue. Il est possible qu'au début de l'hémorrhagie, lorsque le sang a encore une grande tendance à se coaguler, les efforts du médecin soient favorisés par cette circonstance. Mais lorsque le sang a coulé abondamment, il devient séreux, il coule comme de l'eau, pour me servir de l'expression des auteurs, et dès lors il n'y a plus de différence entre l'hémorrhagie active et l'hémorrhagie passive. Or c'est malheureusement alors que le médecin est presque toujours appelé, et qu'il doit porter son pronostic. Dans les observations que j'ai sous les yeux, les hémorrhagies ont été tout aussi rebelles aux moyens hémostatiques, lorsqu'elles avaient été précédées de quelques signes de conges-

tion chez des sujets pléthoriques, que lorsqu'elles n'avaient rien offert de semblable.

2°. Toutefois on peut dire que l'épistaxis qui s'accompagne, à une époque rapprochée du début, d'une production de pétéchies à la surface du corps, est la plus redoutable de toutes. On peut en juger par les observations rapportées dans l'ouvrage de Latour (*Hist. philos. et méd. des causes, etc., des Hémorrhagies.* Orléans, 1815). Toutes celles qui ont présenté le symptôme dont il s'agit sont remarquables par la gravité de l'hémorrhagie. Parmi les cas que j'ai rassemblés, le seul qui présentât des ecchymoses sous-cutanées s'est terminé par la mort. Cette espèce d'épistaxis est donc la plus grave, et doit inspirer les plus vives inquiétudes.

§ VII. — Traitement.

Dès la plus haute antiquité, les dangers de l'épistaxis ont été constatés. Hippocrate (*Prædict.*, lib. I, sect. II) parle d'une hémorrhagie nasale excessive qui produit quelquefois des convulsions, et regarde la saignée comme très-efficace en pareil cas. Dans la suite, un grand nombre d'auteurs ont mentionné des cas très-graves et même mortels, et de nombreux moyens ont été imaginés pour faire cesser une perte de sang aussi alarmante. Je vais les passer en revue.

1° *Évacuations sanguines.* La *saignée* a été de tout temps employée. Rhazès, Avicenne, Fernel, Forestus, etc. etc. la recommandent particulièrement. Quelques uns de ces auteurs ont avancé que la saignée pratiquée au bras du côté malade était la plus avantageuse; mais aujourd'hui cette opinion est regardée comme une hypothèse sans valeur. La *saignée du pied*

est fortement conseillée par Forestus (lib. XIII, *de nasi Affectibus*), et quelques praticiens la considèrent comme plus utile que celle du bras. Enfin on a proposé la saignée locale à l'aide de *ventouses scarifiées;* mais le lieu de l'application de ces ventouses n'est pas le même suivant les divers auteurs. Ainsi, Fernel (*Path.*, lib. V, ch. VII, *Hæm. narium*) veut qu'on les applique à la région du foie; Laz. Rivière sur les deux hypocondres, d'autres entre les deux épaules.

Quelle est la valeur de ces moyens? Les auteurs qui les ont préconisés n'ont point cité de faits, et dans les observations d'épistaxis grave que j'ai sous les yeux, l'hémorrhagie n'a nullement été arrêtée par les émissions sanguines qui ont été pratiquées dans presque tous les cas. S'ensuit-il que ces émissions sanguines n'ont aucune utilité? C'est ce que je suis loin de prétendre; mais malgré l'autorité d'Hippocrate, on peut douter que ce moyen réussisse, employé seul. Il peut être un adjuvant utile dans quelques cas, lorsque le pouls, malgré la perte de sang, reste plein et dur, lorsque la face est rouge et vultueuse, en un mot lorsque les signes attribués à l'hémorrhagie active persistent. En pareille circonstance, il faut ouvrir la veine et l'ouvrir largement, de manière à déterminer la syncope, s'il est possible. L'arrêt de la circulation qui a lieu alors peut suffire, d'après quelques auteurs, pour tarir l'écoulement sanguin; et, dans tous les cas, il est favorable à l'action des autres moyens employés concurremment. Le lieu dans lequel la saignée est pratiquée a-t-il quelque influence sur son efficacité? Les faits sont muets à cet égard; les auteurs n'ont répondu que par de simples affirmations; c'est donc un problème dont la solu-

tion doit être soumise à une nouvelle observation.

2° *Ventouses non scarifiées ; ligature des membres.* Un moyen qui vient naturellement après la saignée, c'est l'emploi des *ventouses non scarifiées* et de *la ligature des membres.* Un grand nombre d'anciens auteurs ont préconisé les premières ; je citerai entre autres Galien, Rhazès (*Tract.* III, lib. IV, *de Fluxu sanguinis narium*, 1509), Avicenne (*Can. med.*, lib. III, fen. 5, tract. I. *Epistaxis.* Venetiis, 1595), Fernel, Rivière, etc. etc. Comme les ventouses scarifiées, on les appliquait le plus souvent entre les épaules ou aux hypocondres, et surtout à l'hypocondre droit. La ligature des membres était faite au-dessus des genoux et des coudes, de manière à soustraire une assez grande partie du corps à la circulation. Fernel (*loc. cit.*) nous dit qu'il n'use pas volontiers de la ligature; mais pourquoi? c'est ce qu'il ne nous apprend pas. Quant à Avicenne, il poussait plus loin que les autres l'application de ce moyen, car il voulait qu'on l'employât sur les testicules chez l'homme, et sur les mamelles chez la femme, et il ajoute que la *constriction* des deux oreilles est le moyen extrême. Je doute fort qu'aucun médecin de nos jours soit tenté d'avoir recours à cette pratique d'Avicenne.

A propos des ventouses et de la ligature des membres, je dois répéter ce que j'ai déjà dit de la saignée. Il n'y a point de faits qui démontrent qu'employées seules contre l'épistaxis, elles aient suffi pour arrêter l'hémorrhagie; mais il est permis de penser qu'elles ont un certain degré d'utilité. Il est inutile de dire que les grandes ventouses du docteur Junod, appliquées sur des membres entiers, auraient une action

bien plus prononcée ; mais malheureusement ces appareils ne peuvent pas être entre les mains de la plupart des praticiens, et l'observation exacte n'a pas encore prononcé sur leur efficacité réelle.

3° *Froid.* Concurremment avec les moyens précédens, ou pour mieux dire avant tout autre moyen, on a de tout temps eu recours aux applications froides sur la surface du corps. Je pourrais, à ce sujet, citer tous les auteurs qui ont écrit sur l'épistaxis. Un seul, parmi ceux qui ont une grande autorité dans la science, fait exception à cette règle : c'est Fréd. Hoffmann ; j'en parlerai un peu plus loin. Disons maintenant comment on fait agir le froid pour arrêter l'hémorrhagie nasale.

Le premier soin, c'est de dépouiller le malade de ses vêtemens et de l'exposer presque nu dans un lieu frais et aéré. Ensuite on fait des applications d'un liquide froid, soit sur le point même d'où s'échappe le sang, soit dans d'autres points du corps. Fabrice de Hilden (*loc. cit.*) conseille de placer le corps tout entier dans un bain de froid : cette pratique n'est pas généralement suivie; cependant cet auteur cite un cas (*obs.* XVII) où le sang ne commença à s'arrêter qu'au moment même où l'on introduisit le malade dans le bain. Fernel (*loc. cit.*) se contentait d'envelopper le cou, la face et les tempes de linges imbibés d'oxycrat qu'il avait soin de renouveler dès qu'ils s'étaient échauffés. La plupart des auteurs qui l'ont suivi ont agi de la même manière. Forestus et Sydenham (*Op. omn. Hæmorrhagia narium*, cap. VII, p. 177) font de pareilles applications sur la nuque.

Fernel a encore signalé le *scrotum* comme un lieu où les applications froides ont une grande efficacité.

M. Robert Kinglake (*The Med. and phys. Journ. London*, 1809, t. XXII, p. 327) a, dans un cas très-grave, fait usage de ce procédé avec un tel succès, que l'hémorrhagie, qui avait résisté à un grand nombre de moyens, fut arrêtée sur-le-champ et ne reparut plus. Cet auteur cite un cas semblable rapporté par Diemerbroeck, et on en trouve un troisième dans l'ouvrage de Latour qui l'a emprunté à Daniel Wincklerus. Au rapport de M. Kinglake, il se fit, au moment de l'application, un ébranlement de toute l'économie, qui fit cesser aussitôt l'écoulement du sang. Quoique les faits en faveur de ce moyen ne soient pas nombreux, ils sont assez remarquables pour engager les praticiens à y recourir avec empressement.

Les auteurs n'ont pas cherché quel serait, chez la femme, le lieu d'élection analogue à celui qu'ils ont choisi chez l'homme pour les applications froides. Si l'on considère qu'il s'agit de déterminer une sensation vive et subite, un ébranlement de l'économie, suivant les expressions de M. Kinglake, on sera porté à faire ces applications sur les mamelles, plus impressionnables que les autres parties du corps. Par les mêmes motifs, il paraît préférable d'employer le froid par applications subites, de courte durée, et séparées par des intervalles qui permettent à la peau de reprendre sa première température, que de maintenir, sans interruption, les liquides froids sur les parties; et sous ce point de vue les affusions froides peuvent paraître très-avantageuses. Toutefois ce n'est là qu'une indication probable que je signale, afin qu'elle soit jugée par l'expérience. Sydenham employait les lavemens froids dans le même but que

les applications froides à l'extérieur, et c'est un moyen qui mérite de fixer l'attention des praticiens. Enfin on a proposé des injections d'eau froide dans les narines (Rhazès); mais ce précepte a été très-peu suivi.

Liquides employés dans les applications froides. C'est principalement à l'aide de divers liquides qu'on a fait ces applications. Le plus généralement, on se sert d'eau froide, d'eau de puits récemment tirée. Rhazès recommande l'eau de neige; la glace, si l'on peut s'en procurer, remplit encore mieux l'indication; mais au lieu de la laisser à demeure, comme on le fait ordinairement, il vaudrait peut-être mieux l'appliquer à plusieurs reprises, de manière à produire chaque fois une vive sensation de froid. Les anciens employaient de préférence l'oxycrat; mais hors le cas où une injection d'oxycrat est pratiquée dans les narines, on ne voit pas quel avantage il y a à se servir de ce liquide, car à la surface du corps, c'est uniquement le froid qu'on veut produire. J'en dis autant des autres liquides qu'on a substitués à l'eau simple. Toutefois je dois faire connaître une espèce de médicament que les anciens appelaient *anacollêma*, et qui consistait ordinairement dans un liquide composé qu'on appliquait sur le front à l'aide de compresses. Voici celui que propose Forestus (*loc. cit.*, *obs.* XII):

℞ Eau de roses	120 grammes [1]
Vinaigre rosat	45 grammes.
Bol d'Arménie	4 grammes.

[1] Toutes les formules que j'emprunterai aux anciens seront traduites, et les termes tombés en désuétude seront, autant que possible, remplacés par les expressions modernes. Les doses seront exprimées en nombres décimaux. Les mêmes observations s'appliquent aux formules tirées des ouvrages écrits dans une langue étrangère. En agissant ainsi, j'épar-

Imbiber un linge de ce liquide froid, l'appliquer sur le front, et le renouveler dès qu'il commence à s'échauffer.

Est-ce par le froid ou par la vertu hémostatique attribuée aux substances qui entrent dans sa composition que ce liquide agit sur l'hémorrhagie? On sait que chez les anciens le bol d'Arménie passait pour un hémostatique puissant.

4° *Styptiques et astringens.* Il est fort rare qu'avec les agens thérapeutiques déjà indiqués on ne fasse pas usage de substances dont l'application sur la muqueuse, où siége l'hémorrhagie, a pour but d'agir sur elle de manière à resserrer son tissu et à arrêter par là la perte de sang. Les *styptiques* sont du plus fréquent usage. L'*oxycrat* tient le premier rang; on peut l'employer sous forme d'injections, ou le faire aspirer fortement dans l'intérieur des fosses nasales. Pour donner plus d'efficacité aux injections, on devra employer le liquide très-froid, et, s'il se peut, le frapper de glace. L'*eau de Rabel* et l'*eau styptique de Weber* peuvent remplacer avec avantage le vinaigre, mais il faut les employer à une dose moindre, comme on le verra dans les formules.

Bourdonnets, tentes, etc., imbibés de liquides styptiques. Les *styptiques* peuvent être portés sur la surface saignante à l'aide d'une petite tente, ainsi qu'on le pratiquait fréquemment autrefois. Fernel recommande le procédé suivant :

gne au praticien un travail long et pénible, en même temps que j'introduis dans la partie thérapeutique de cet ouvrage un caractère d'uniformité qui en rend la lecture plus facile et plus profitable. Je dois dire que j'ai été beaucoup aidé, dans mon travail, par le *Lexicon medicum* de Blancard, par la *Pharmacopée universelle* de M. Jourdan, et surtout par l'excellent *Dictionnaire de Matière médicale et de thérapeutique générale* de MM. Mérat et de Lens.

℞ Vitriol brûlé (sulfate de fer calciné)........ 2 grammes.
Chalcite calciné........................... 1 grammes.
Eau de plantain........................... 8 grammes.

En enduire une tente, et la porter dans les narines en comprimant l'aile du nez au point où le cartilage s'insère sur l'os.

C'est dans ce point que Fernel supposait le siége de l'hémorrhagie, et il agissait ainsi afin d'ajouter la compression à l'action du médicament. On voit que ce procédé était un premier pas vers le tamponnement méthodique.

Rivière recommande un moyen qui paraît bien vulgaire au premier abord, mais qui cependant mérite d'être connu, parce qu'on a toujours sous la main la substance nécessaire, et que souvent le temps est précieux. Ce moyen consiste tout simplement à imbiber *d'encre* une tente de coton, et à l'introduire dans la narine où on la laisse à demeure. Les propriétés styptiques de l'encre étant bien connues, on admettra facilement qu'elle peut être utile en pareil cas.

Sydenham employait de la même manière le *bol d'Arménie* et le *vitriol romain*, dissous dans l'eau commune ou l'eau de plantain; je donnerai plus loin les formules.

M. Kerr (*Cyclop. of pract. med.* Art. épist.), pour porter dans l'intérieur des fosses nasales les liquides astringens, en imbibe un morceau de charpie qu'il pousse dans la cavité d'où s'échappe le sang; il exerce, dit-il, par là, une bonne compression. Cet auteur recommande les *solutions d'alun*, de *sulfate de zinc*, la *teinture muriatée de fer*, et la *solution commune d'acétate de plomb*.

On a aussi porté les styptiques et les astringens en poudre dans les fosses nasales. Ainsi le *sulfate d'alumine*, le *sulfate de fer*, la *poudre de noix de galle* pulvérisés ont été appliqués, soit à l'aide du doigt,

soit avec une sonde préalablement enveloppée d'un linge humide, sur le point d'où l'on présumait que venait le sang. M. Kerr affirme que cette manière d'employer ces médicamens est inférieure à la précédente, mais il ne fournit pas de preuves.

Le *tabac en poudre,* aspiré en assez grande quantité, paraît avoir agi de la même manière dans quelques cas cités par Latour; mais chez un jeune homme de dix-huit ans (obs. 917) qui avait une hémorrhagie nasale *active,* cette substance augmenta tellement l'écoulement du sang, que pendant assez longtemps la mort fut imminente. Le praticien devra donc être très-réservé dans l'emploi de ce moyen.

Faut-il joindre à tous ces médicamens une substance qui a eu une grande vogue et que Fernel signale comme le remède efficace par excellence? Je veux parler de la *fiente de porc ou d'âne.* Latour cite une observation de Rudsandus dans laquelle il est dit que ce moyen eut le plus grand succès; mais les détails manquent, et les autres auteurs qui l'ont mis en usage se bornent à le recommander chaudement, sans fournir des faits à l'appui de leur recommandation. Voici la formule de Fernel:

℞ Fiente de porc desséchée..........	25 grammes.
Poudre de roses, pour masquer l'odeur....	5 grammes.
Humectez avec suc de plantain............	Q. S.

Imbibez de ce mélange un bourdonnet de coton, et introduisez-le dans les narines.

Je doute que de nos jours on veuille user d'un semblable médicament, que j'ai cru devoir citer parce qu'il a pendant bien longtemps joui de la plus grande réputation.

Pour compléter le traitement, les médecins des

siècles derniers faisaient prendre à l'intérieur quelques médicamens dans lesquels ils avaient beaucoup de confiance.

5° *Médication interne.* Fernel, dont tant d'auteurs ont copié l'ouvrage, recommandait une solution de *sirop de grenade* ou de *nymphea;* l'*eau de plantain*, *de laitue*, dans lesquelles on faisait dissoudre une certaine quantité de *bol d'Arménie*, de *trochisque de succin*, ou dans lesquelles on mettait en suspension de la *poudre de corail rouge.* Je ne crois pas devoir donner les formules, car évidemment ces substances n'ont pas assez de puissance pour agir sur une hémorrhagie redoutable, surtout aux doses qu'il faut les prescrire quand on les administre à l'intérieur.

Fabrice de Hilden (*loc. cit.*, obs. 17) prescrivait un julep qu'il est plus important de connaître, parce qu'il se rapproche des boissons acides qu'on emploie aujourd'hui; en voici la formule :

Julep acidule de Fabrice de Hilden.

℞ Eau de buglosse........................	ââ 60 grammes.
d'oseille........................	
Sirop de limon........................	30 grammes.

M. Faites un julep à prendre deux fois dans la journée.

Dans le cas où ce médecin administra ce julep acidule, l'hémorrhagie avait déjà été presque arrêtée par un bain froid, en sorte que l'efficacité du médicament interne est loin d'être démontrée.

De nos jours les boissons acides sont celles qu'on prescrit ordinairement. On les donne aussi froides que possible.

6° *Résumé; ordonnances.* Avant d'aller plus loin, résumons en quelques ordonnances les divers traite-

mens mis en usage autrefois, et qu'on emploie encore aujourd'hui en grande partie, lorsque l'hémorrhagie ne paraît pas assez violente pour exiger le tamponnement :

PREMIÈRE ORDONNANCE.

Traitement de l'épistaxis active assez abondante pour compromettre la santé ou même la vie.

1° Pour boisson :

℞ Acide sulfurique à 66°................ 5 grammes.
Eau.................................. 1500 grammes.

A boire par verrées, en ajoutant à chaque verre :

Sirop de gomme......................... 30 grammes.

Il faut avoir grand soin d'agiter le mélange, car l'acide gagnerait les parties inférieures, et les dernières doses pourraient être trop fortes.

2° Appliquer des compresses trempées dans l'eau froide, sur le front, les tempes, la nuque, et mieux encore sur les testicules chez l'homme, et sur les mamelles chez la femme. Renouveler souvent ces applications, de manière à produire des impressions brusques et saisissantes.

3° Une saignée de deux ou trois palettes, suivant la force du malade. (Il faut le saigner assis et ouvrir largement la veine, afin de déterminer la syncope. Il vaut mieux revenir plusieurs fois à la saignée que de tirer une trop grande quantité de sang à la fois.)

4° Concurremment avec la saignée, ou pour la remplacer, six ou huit ventouses scarifiées aux hypocondres ou entre les épaules.

5° Faire aspirer fortement ou injecter dans les narines le liquide suivant (oxycrat) :

℞ Vinaigre fort............................ 1 partie.
Eau commune............................. 5 parties.

On peut aussi faire usage des injections suivantes :

℞ Acide sulfurique à 66°................... 1 partie.
Alcool à 36°.............................. 3 parties.

Ajoutez peu à peu l'alcool à l'acide, laissez en repos pendant trois jours, et décantez dans un flacon bouché à l'émeri.

Pour les injections, prendre de ce liquide connu sous le nom d'*Eau de Rabel*.............................. 2 parties.

Et ajouter :

Eau commune.............................. 6 parties.

6° Dans les cas où ces moyens seraient insuffisans, introduire dans les narines une tente de toile ou de coton roulé, trempée dans un mélange styptique. (Voyez celui de Fernel, page 52.) Fabrice de Hilden employait ce moyen de la manière suivante :

℞ Farine d'orge........................... 90 grammes.
Sang dragon.............................
Bol d'Arménie...........................
Terre sigillée.......................... } àà 4 grammes.
Safran de Mars (oxide rouge de fer)....
Écorce de grenades.....................
Suc épaissi de prunes sauvages dissous dans
du vinaigre .... 30 grammes.

Ajoutez blanc d'œufs et eau...................... Q. S. pour donner au mélange une consistance sirupeuse, enduisez-en fortement un tampon allongé, et introduisez-le dans la narine.

7° Faire prendre toutes les boissons froides, et entretenir la plus basse température possible dans l'appartement.

DEUXIÈME ORDONNANCE,

Dans un cas à peu près semblable au précédent.

1° Prendre par cuillerées d'heure en heure le *Julep antihémorrhagique* suivant :

℞ Acide sulfurique......................... 10 grammes.
Mucilage de gomme arabique............. 200 grammes.
Sirop de guimauve....................... 100 grammes.
M.

2° Placer le malade dans une baignoire, et lui projeter à plusieurs reprises de l'eau froide sur le corps, ou bien le plonger dans un bain froid.

3° Huit ventouses sèches entre les épaules et autant sur les hypocondres (Fernel, Rivière, etc.); ou bien, ligature des quatre membres au-dessus des coudes et des genoux.

4° Un ou deux lavemens froids dans la journée (Sydenham).

5° Faire dans les narines des injections avec :

℞ Acide sulfurique......................... 10 grammes.
Vinaigre distillé........................ 500 grammes.

Ces injections doivent être faites avec précaution, et l'on doit surveiller leur action, afin d'augmenter la dose du vinaigre, ou d'ajouter un peu d'eau si le médicament est trop actif.

Le liquide précédent peut être remplacé par :

℞ Extrait de Saturne...................... } àà 30 grammes.
Eau-de-vie.............................
Eau de roses............................ 300 grammes.

6° ℞ Chaux vive............................ 4 grammes.
Sulfate de fer.......................... 5 grammes.

Noix de galle........................... 10 grammes.
Sulfure rouge d'arsenic.................. 1 gramme.

Pulvérisez et mêlez soigneusement.

Roulez dans cette poudre un tampon allongé et préalablement *trempé dans l'encre*, et introduisez-le dans celle des fosses nasales d'où provient le sang.

Ce moyen est recommandé par Rhazès, qui toutefois ne donne pas les doses. On peut supprimer le *sulfure d'arsenic*, et employer un autre liquide que l'encre, l'*eau-de-vie* par exemple.

Le traitement que je viens d'exposer est destiné, ai-je dit, à combattre l'épistaxis offrant des signes d'*activité*, et assez abondante pour compromettre la vie du malade. Toutefois je dois ajouter que quels qu'aient été au début ces signes d'activité, si le médecin est appelé à une époque où la perte de sang a déjà été très-considérable, et où l'écoulement commence à devenir presque séreux, il devra s'abstenir de la saignée, soit générale, soit locale, et insister particulièrement sur les moyens d'une application directe, tels que les injections styptiques et l'introduction de substances astringentes dans les narines.

Lorsque l'hémorrhagie ne présente pas ces signes d'activité, lorsqu'il y a pour ainsi dire une diathèse hémorrhagique, ou bien lorsque dès le début le sang très-liquide se montre déjà considérablement appauvri, on doit également supprimer la saignée et agir comme dans le cas dont je viens de parler. Du reste, tous les autres moyens déjà indiqués sont applicables à cette espèce d'hémorrhagie, et je dois dire qu'avant le tamponnement méthodique, on n'en connaissait guère d'autres; car ceux dont j'ai encore à parler, ou sont de la même nature, ou ont peu d'importance.

En voici un qui est intitulé par l'auteur (*Tjalingii*,

the Med. and phys. Journ. Lond. 1806. vol. XVI, p. 191): *Remède infaillible pour arrêter les hémorrhagies nasales :*

RECETTE DE TJALINGII.

℞ Acétate de plomb cristallisé .... 30 grammes.
Sulfate de fer........................ 15 grammes.

Pulvérisez ces deux sels ensemble dans un mortier de verre, et ajoutez :

Alcool .... 250 grammes.

A prendre à la dose suivante :

Pour les enfans de dix à douze ans......... 10 à 12 gouttes.
à vingt ans .... 14 à 15 gouttes.
à un âge plus avancé.................... 20 gouttes.

Dans une cuillerée de vin ou d'eau-de-vie.

Renouveler cette dose trois ou quatre fois par jour.

Cette recette avait depuis plus de deux cents ans une très-grande vogue dans le pays des Frisons, lorsque M. Tjalingii, apothicaire à Amsterdam, la fit connaître. Il assure qu'entre ses mains elle a eu le plus grand succès dans les cas les plus rebelles; mais on sent de combien de preuves aurait besoin une pareille assertion.

Rivière et Latour (*loc. cit.*) ont cité des cas d'après Rusticus et Paschet, dans lesquels l'épistaxis aurait été arrêtée par une simple *instillation d'oxycrat* dans l'oreille.

Quelques auteurs, et entre autres Fernel et Rivière, ont aussi recommandé des cataplasmes astringens, auxquels ils accordaient une grande efficacité. Il suffira d'indiquer celui que prescrivait Rivière :

CATAPLASME ASTRINGENT DE RIVIÈRE.

℞ Sulfate de chaux natif.....................
Vinaigre.................................. } ââ Q. S.

Faites-en un cataplasme de deux travers de doigt d'épaisseur que vous appliquerez sur le front et les tempes; et si cette première application ne suffit pas, renouvelez-la.

Tel est l'ensemble des moyens mis en usage avant

qu'on eût imaginé le tamponnement méthodique; et, sauf quelques modifications d'une importance secondaire, on peut dire qu'il y avait un commun accord sur l'utilité de ce traitement. Toutefois, comme je l'ai déjà dit, le célèbre Fréd. Hoffmann avait une pratique bien différente. Je vais la faire connaître en peu de mots :

TROISIÈME ORDONNANCE.

Traitement d'Hoffmann.

1° Pour boisson : Eau de fontaine froide, avec addition de teinture de roses, acidulée avec l'acide sulfurique et édulcorée.

2° Préserver avec soin le corps, sans en excepter la tête, mais surtout les pieds, de *l'action du froid.*

3° Administrer la *liqueur anodyne* (d'Hoffmann), soit seule, soit unie à une poudre nitreuse, et étendue d'une certaine quantité d'eau de fontaine.

4° *Si l'épistaxis a pour cause un chagrin profond*, unir les *diaphorétiques* aux antispasmodiques, et prescrire un régime *diaphorétique.*

Est-il des cas dans lesquels un pareil traitement puisse être utile?

7° *Narcotiques.* Enfin, pour compléter ce que j'ai à dire avant d'arriver aux moyens qu'on pourrait appeler mécaniques, j'ajouterai que les *narcotiques*, et en particulier l'opium, jouissaient d'un grand crédit dans les derniers siècles. Voici ce que Rivière dit à cet égard :

Si l'affection est extrêmement rebelle, et si elle ne cède pas aux autres remèdes, il faut recourir aux narcotiques, parmi lesquels le *laudanum*[1] tient le premier rang. Ainsi l'on prescrira :

Laudanum (extrait aqueux d'opium)...... de 10 à 20 centigr.
ou bien :
Sirop de pavot............................ 30 grammes.
dans un julep astringent.

[1] Entendez par ce mot l'extrait d'opium et non le vin d'opium qui n'était pas encore en usage.

Quoiqu'il n'y ait point de faits suffisans en faveur de ce traitement, j'ai cru devoir l'indiquer, afin qu'il pût être expérimenté.

Moyens mécaniques.

Lorsque l'action des médicamens précédens ne suffit pas pour modifier l'état du tissu muqueux de manière à empêcher qu'il livre au sang un passage facile, on cherche à opposer à l'écoulement un obstacle purement physique qui ferme l'issue au liquide.

1° *Insufflation de poudres absorbantes.* On peut, ce me semble, sans trop forcer l'analogie, regarder comme un moyen de ce genre celui qui consiste à introduire dans les narines des poudres inertes, absorbantes, destinées à former à la surface de la muqueuse une couche imperméable au sang. Depuis Avicenne (*loc. cit.*), qui a donné à ces poudres le nom de *glutinatives*, jusqu'à nos jours, on en a fait un assez fréquent usage. Cet auteur se servait *de poudre d'encens*, à l'aide de laquelle il faisait des insufflations dans la narine. Dans un cas fort grave, le docteur Brunner (*Voy. Lond. Med. repository*, 1827, t. IV, p. 457, *extr. du journal de Hufeland*) employa de la même manière, et avec le plus grand succès, *la gomme arabique pulvérisée.* L'hémorrhagie, qui avait lieu chez un jeune homme de dix-neuf ans, durait depuis deux jours, et elle était si abondante, que plusieurs fois le malade était tombé en faiblesse. Elle s'arrêta aussitôt qu'on eut pratiqué les insufflations, à l'aide d'un tuyau de plume. La *noix de galle*, le *cachou*, les *diverses résines pulvérisées*, peuvent, outre l'action qui leur est propre, remplir la même indication.

2° *Compression directe.* Ce n'est point à Valsalva qu'il faut, ainsi qu'on le fait habituellement, rapporter l'honneur d'avoir le premier cherché à arrêter l'hémorrhagie, en comprimant directement le point où les vaisseaux viennent verser le sang à la surface de la muqueuse. Fernel avait déjà recommandé, ainsi qu'on l'a vu dans le passage cité plus haut, de comprimer avec le doigt le point de réunion du cartilage et de l'os sur la paroi externe des fosses nasales, et il agissait ainsi afin de faire adhérer son onguent sur l'ouverture du vaisseau qu'il importait de boucher. Valsalva employa uniquement la compression avec le doigt, et réussit ainsi à faire cesser une épistaxis rebelle (*Voy.* Morgagni, *de Causis et Sed.*, etc., ep. XIV, § 24). Toutes les fois qu'on peut reconnaître le point d'où vient le sang et l'atteindre facilement, on peut employer ce moyen; mais dans les grandes hémorrhagies, dans celles qu'il importe réellement d'arrêter, on ne doit guère espérer de trouver les choses dans une aussi heureuse disposition. Alors, en effet, toute la membrane paraît être le siége de l'épistaxis, et l'on en a la preuve par l'insuffisance du tamponnement de la partie antérieure des cavités nasales. On sera donc presque toujours forcé de recourir au tamponnement méthodique.

3° *Tamponnemens.* L'introduction d'une mèche, d'une tente imbibées ou enduites de médicamens styptiques, était sans doute une espèce de tamponnement; mais c'était bien moins de l'action mécanique de ces corps étrangers introduits dans les narines, que de l'impression produite sur la muqueuse par les substances médicamenteuses, qu'on attendait la suspension de l'hémorrhagie. Aussi ne trouvons-

nous dans les anciens auteurs aucun précepte positif sur l'introduction de ces mèches ; ils ne parlent pas de la grosseur qu'elles doivent avoir, de leur longueur, etc., tandis que la composition des médicamens attire toute leur attention. Mais lorsque ce fut dans la seule compression exercée par le corps étranger qu'on chercha le moyen d'arrêter le sang, on dut donner la plus grande importance à ces détails négligés par les anciens. Voyons donc quels sont les procédés le puls généralement adoptés.

A. *Tamponnement antérieur.* Il a été employé par plusieurs chirurgiens, et notamment par Pelletan (*Clin. chir.* t. II, p. 276, 1810), et Abernethy (*Lectures on operative Surgery, delivered at Saint-Barth. Hosp. in Lancet.*, t. XII, 1826-1827). Ces deux procédés diffèrent assez notablement l'un de l'autre : je vais les décrire tous deux, en commençant par celui du chirurgien français :

DESCRIPTION DU TAMPONNEMENT ANTÉRIEUR ;

PROCÉDÉ DE PELLETAN.

Roulez de la charpie en forme de bourdonnet solide, d'un volume proportionné à l'embouchure de la narine, et attaché d'un fil assez long. Ce bourdonnet, saisi avec des pinces à anneaux ou placé à l'extrémité d'un porte-mèche, est porté horizontalement le long du plancher inférieur du nez jusqu'à la partie la plus postérieure. Lorsqu'il est arrivé là, lâchez-le et retirez la pince. Introduisez aussi successivement plusieurs bourdonnets dans la même direction, et remplissez la cavité nasale. Vous en feriez autant du côté opposé, si le sang sortait des deux côtés. Retirez ensuite à vous le fil qui a lié le premier bourdonnet, en appuyant sur la dernière charpie, comme pour entasser le tout dans la cavité du nez.

Il n'y a pas, selon Pelletan, d'hémorrhagie na-

sale que ce tamponnement n'arrête, quand il est fait avec intelligence, c'est-à-dire quand les bourdonnets sont introduits dans une direction qui leur permet d'arriver au fond de la cavité. Cependant, dit-il, le sang peut se porter en arrière et continuer à couler d'une manière inquiétante, ou tomber dans le canal de la respiration. Pour ce cas particulier, ce chirurgien propose le tamponnement antéro-postérieur avec la sonde de Bellocq; il termine en disant : « Le tamponnement par la partie antérieure remplit parfaitement l'indication, quand il est fait avec intelligence, et ce procédé n'incommode pas le malade autant que l'usage de la sonde... »

DESCRIPTION DU TAMPONNEMENT ANTÉRIEUR ;

PROCÉDÉ D'ABERNETHY.

Prenez un cylindre de charpie suffisant pour remplir la fosse nasale; enveloppez-en une sonde, de manière à ce qu'il soit assez long pour occuper toute la cavité depuis l'ouverture antérieure jusqu'à l'ouverture postérieure. Mouillez-le; arrondissez-le en lui donnant la forme d'une grosse bougie, jusqu'à ce qu'il soit dur. Introduisez-le ensuite par l'ouverture antérieure, en lui faisant suivre le plancher des fosses nasales, jusqu'à ce que vous soyez sûr qu'il a atteint l'orifice postérieur. Retirez la sonde, en maintenant le tampon en place.

Le professeur Abernethy affirme qu'il n'a jamais vu l'hémorrhagie continuer après cette opération, et il cite un cas où elle a eu un plein succès.

L'extrême simplicité de ce procédé, jointe à l'efficacité que lui attribue cet auteur, sont de puissantes recommandations en sa faveur. C'est maintenant à l'observation à nous apprendre s'il est préférable ou inférieur aux suivans.

Tamponnement antéro-postérieur. La conformation des fosses nasales s'opposant à ce que le tampon introduit par la narine antérieure s'applique exactement à leurs parois, on a dû craindre que la compression fût inefficace, et chercher un autre moyen d'empêcher l'exhalation incessante du sang. On l'a trouvé dans le tamponnement antéro-postérieur, qui se pratique de la manière suivante :

DESCRIPTION DU TAMPONNEMENT ANTÉRO-POSTÉRIEUR.

Les objets nécessaires pour cette opération sont :

1° La sonde de Belloc, composée d'une canule d'argent recourbée, et munie d'un mandrin terminé par un ressort de montre dont l'extrémité en forme de bouton est percée d'un chas. A défaut de cette sonde, on peut prendre une baleine mince et flexible, à l'extrémité de laquelle on pratique une entaille circulaire; ou bien encore une corde à boyau, un fil de plomb ou d'argent, une sonde de gomme élastique, en un mot une tige quelconque, assez longue et assez flexible pour être portée par les fosses nasales jusque dans le pharynx, et ramenée ensuite hors de la bouche.

2° Un bourdonnet de charpie assez gros pour fermer exactement l'ouverture postérieure de la fosse nasale, et embrassé dans le milieu par un double fil ciré, dont le cercle porte un long fil simple.

3° D'autres bourdonnets moins gros, ou tout simplement de la charpie brute.

Ces objets étant placés à votre portée, faites asseoir le malade en face de vous et devant une fenêtre, de manière à ce qu'il soit éclairé par un jour vif, sa tête étant maintenue contre la poitrine d'un aide. Glissez dans la narine, avec la main droite, la sonde de Belloc, ou la tige que vous aurez à votre disposition, et portez-la dans le pharynx; là l'extrémité de l'instrument est reçue par l'index de la main gauche, et attirée hors de la bouche d'arrière en avant. Si l'on fait usage de la sonde de Belloc, un aide appuie sur le mandrin au moment où l'extrémité de la canule arrive dans le pharynx, et

le ressort vient se montrer au-devant du voile du palais, en passant sous son bord inférieur. L'extrémité de l'instrument étant ainsi attirée hors de la bouche, on y attache fortement le double fil qui porte le bourdonnet, et retirant la canule ou la tige, on entraîne ce tampon d'abord d'avant en arrière dans le pharynx, puis d'arrière en avant dans l'ouverture postérieure de la fosse nasale. Il faut employer une force assez considérable pour engager le corps obturateur de manière à ce qu'il oppose un obstacle insurmontable à l'écoulement du sang. Les deux chefs du double fil sortant par la narine sont alors écartés, et l'on fait glisser entre eux, jusqu'à l'ouverture antérieure de la fosse nasale, soit les bourdonnets, soit la charpie brute qu'on avait préparés; on en remplit exactement toute cette ouverture, et on les fixe en liant sur eux avec force les deux fils, qu'on maintient relevés, collés sur la joue, ou fixés au bonnet du malade, ainsi que le fil simple qui sort par la bouche, et qui est destiné à faciliter l'enlèvement des tampons.

Par ce procédé la fosse nasale est hermétiquement fermée à ses deux ouvertures, sa cavité restant libre, et voici ce qui arrive : le sang continuant à suinter de la surface libre, remplit bientôt cette cavité, se coagule, et empêche ainsi un nouvel écoulement. C'est donc ce liquide, ce produit de l'hémorrhagie, qui en réalité est le tampon, le compresseur qui s'oppose à l'effort hémorrhagique.

On peut manquer d'une tige pour porter les fils dans l'arrière-bouche, et éprouver quelque difficulté à s'en procurer promptement une convenable; il est bon, par conséquent, de faire connaître la manière dont M. Jacquelin (*Journ. de Méd. et de Chir. prat.*, t. II, 1831, p. 141), chirurgien de l'hospice civil de Montereau, a procédé en pareille circonstance.

MODIFICATION APPORTÉE PAR M. JACQUELIN AU TAMPONNEMENT ANTÉRO-POSTÉRIEUR.

Prenez un fil retord long de dix-huit pouces; roulez une de ses extrémités et formez-en une boule de la grosseur d'un

grain de chènevis; enduisez-le de cire. Introduisez le fil ainsi préparé dans la narine, après avoir préalablement nettoyé cette cavité des caillots et du sang liquide qu'elle contient. Ce bout de fil étant porté aussi loin que possible dans la fosse nasale, ordonnez au malade de faire de fortes inspirations par le nez, en lui recommandant de vous prévenir dès que le fil tombera dans la gorge. Dès que vous en serez prévenu, allez chercher avec des pinces le fil dans le pharynx, et l'attirant hors de la bouche, agissez comme dans le procédé ordinaire.

M. Jacquelin a eu deux fois recours à ce moyen avec un égal succès.

La science possède un assez grand nombre de cas dans lesquels le tamponnement antéro-postérieur a réussi, lorsque le tamponnement antérieur et presque tous les autres moyens avaient déjà échoué. Latour (*loc. cit.*, obs. 612) en cite un dans lequel l'extrême fluidité du sang, la formation de nombreuses pétéchies et l'inutilité des moyens les plus actifs, prouvaient la gravité de la maladie; ce tamponnement seul réussit. Dans les cas où les observateurs nous disent que cette opération a été pratiquée sans succès, il n'est nullement prouvé qu'elle ait été faite suivant les préceptes précédens, et surtout qu'elle ait été bien faite.

C'est principalement dans les cas où le sang est fluide, et où les symptômes indiqués plus haut annoncent une grande tendance à l'hémorrhagie, qu'il faut redoubler de précaution pour s'assurer que le tamponnement est bien fait. Si on voit la charpie se pénétrer promptement de sang, et quelques gouttes de ce liquide se répandre en bavant, c'est que l'une des deux ouvertures est mal fermée, soit que les

bourdonnets n'aient pas assez de volume, soit qu'ils n'aient pas été assez fortement engagés, soit qu'on ne les ait pas assez serrés; il faut se hâter alors d'enlever cet appareil et de le replacer plus méthodiquement.

Les tampons doivent être maintenus pendant deux ou trois jours; le médecin peut seul juger de l'époque précise où il peut les enlever. Pour cela, on coupe les fils qui maintiennent le tampon antérieur qu'on retire avec des pinces, et à l'aide du fil laissé dans la bouche, on retire par là le tampon postérieur. Puis avec de l'eau tiède, pure ou légèrement acidulée, on débarrasse la fosse nasale des caillots dont elle est obstruée. Les émolliens suffisent pour faire disparaître l'inflammation légère dont cette cavité est le siége.

Ce tamponnement occasionne peu de douleur; mais un sentiment de gêne, d'obstruction et de pesanteur ne tarde pas à survenir dans la fosse nasale, les sinus maxillaires et les sinus frontaux. Il ne faut pas pour cela supprimer le tamponnement. M. Blandin (*Dict. de Méd. prat.*, t. VII, 1831, art. épist.) rapporte que, chez un sujet, il vit le sang se répandre sur la conjonctive, après avoir remonté par le canal nasal jusqu'aux conduits lacrymaux; *ce qui n'empêcha pas le tamponnement de produire l'effet désiré.* Le docteur W. Wansborough (*the London med. reposit.*, t. X, p. 380, 1818) a observé le même phénomène.

Une autre espèce de tamponnement a été proposée dans ces derniers temps par M. Miquel (d'Amboise) (*Lancette*, 1834); ce procédé très-ingénieux, et qui a réussi plusieurs fois, mérite d'être connu.

DESCRIPTION DU TAMPONNEMENT EMPLOYÉ AVEC SUCCÈS PAR M. MIQUEL (D'AMBOISE).

Prenez un morceau d'intestin grèle de cochon ou autre, de grosseur moyenne, long de quinze à dix-huit pouces; liez fortement l'une de ses extrémités, coupez tout ce qui excède la ligature, puis poussez une sonde de gomme élastique ou une algalie de femme dans sa cavité. Quant elle touche au cul-de-sac, servez-vous en pour introduire le boyau dans la narine d'où vient le sang. Dès que vous l'avez enfoncé assez avant pour toucher la partie postérieure du pharynx, poussez-y de l'air; l'intestin, que le sang et les mucosités ont rendu très-glissant, se gonfle et plonge dans le pharynx : le malade fait involontairement un effort d'expuition, et la portion expulsée sort malgré lui par la bouche, car elle glisse de ce côté avec une prodigieuse facilité Alors faites retenir l'extrémité libre, près de la narine, par le malade ou un aide, puis placez une autre ligature à un pouce de la première qui est à l'extrémité, ayant soin de ne comprendre dans cet espace que la quantité d'air suffisante pour former un globe un peu plus gros que celui du pouce.

Ceci fait, retirez l'intestin de façon à lui faire suivre une marche inverse à la première, ce qui s'opère sans que le malade le sente d'abord; seulement, quand la portion comprise entre les deux fils vient à heurter contre la luette, vous éprouvez un peu de résistance. Si vous avez eu soin de ne pas lui donner une grosseur trop démesurée, elle a bientôt franchi l'isthme du gosier par une simple traction et sans l'aide du doigt, et elle vient boucher complétement l'ouverture postérieure de la fosse nasale. Tirez alors assez fortement pour l'y engager suffisamment, puis insufflez une nouvelle quantité d'air dans l'intestin : refoulez-le le plus fortement possible vers le nez, et mettez une troisième ligature à deux tiers de pouce de cet organe. Vous pouvez, si vous le jugez convenable, lier ensemble les fils des deux extrémités.

On peut rapprocher de ce procédé celui de M. Martin Saint-Ange (Voy. *Lapeyroux*, *Thès. Par.* 1836,

n° 314), qui a avec lui de nombreuses analogies et qui n'est pas moins ingénieux.

DESCRIPTION DU TAMPONNEMENT
PROPOSÉ PAR M. MARTIN SAINT-ANGE.

Ayez une sonde droite, en argent, longue de quatre pouces environ, évasée en cône à l'une de ses extrémités, terminée à l'autre par un petit mamelon perforé. Le pavillon ou cône supporte deux œillets placés sur le même plan que le robinet qui se trouve cinq lignes au-dessous. Plus loin, et vers son extrémité, l'instrument présente, dans l'étendue d'environ un pouce, des rainures circulaires. Enfin un curseur, muni d'une languette dirigée dans le sens opposé au pavillon et divergeant légèrement de l'axe de la sonde, peut, à l'aide d'une vis de pression, trouver un point fixe sur toute l'étendue de la sonde. Adaptez sur l'extrémité striée une petite vessie de lapin, de cochon d'Inde, ou de jeune chat, et mieux encore le cæcum du mouton, qu'on peut se procurer facilement dans le commerce. Ramollissez le cæcum en le trempant dans l'eau, et fixez-le par une ligature fortement serrée sur les cannelures de l'instrument. Pour plus de précaution, assujettissez la portion du cæcum qui se trouve comprise dans la ligature, par un fil qui la traverse, et qui va s'attacher sur l'un des œillets du pavillon. Les choses ainsi disposées, mouillez suffisamment la vessie, pliez-la sur l'instrument, ou bien coiffez-en pour ainsi dire la sonde, et introduisez-la dans la narine, en lui faisant suivre la direction du plancher des fosses nasales. Arrivé à l'extrémité postérieure de ces cavités, injectez, à l'aide d'une petite seringue, de l'air ou de l'eau froide dans la vessie; celle-ci se dilate aussitôt; lorsqu'elle est suffisamment remplie, fermez le robinet. La vessie, ainsi gonflée, forme une poche ou tampon élastique, qui, cédant sur tous les points aux tractions faites sur elle au moyen de la sonde, se moule exactement sur l'ouverture postérieure de la fosse nasale. Cette première indication remplie, introduisez un peu de charpie ou un morceau de linge dans la narine; faites avancer jusque là le cur-

seur, que vous y fixez par un tour de vis. De cette manière, les deux ouvertures nasales, du même côté, se trouvent parfaitement bouchées. Lorsque vous voulez retirer l'instrument, il vous suffit d'ouvrir le robinet et de laisser vider la vessie ; vous pouvez même graduer la sortie du liquide, et par un gonflement modéré de la vessie entraîner au dehors les caillots de sang contenus dans les fosses nasales.

M. Velpeau (*Méd. opér.*, 2e éd., t. III, p. 586, 1839) s'exprime ainsi sur la valeur de ce procédé : « Cet instrument dont Bell et M. Miquel d'Amboise avaient dit un mot, a déjà réussi sur les malades entre les mains de M. Martin Solon et de l'inventeur. »

Pour moi, je ferai observer que cet appareil a l'inconvénient d'augmenter l'arsenal déjà si exubérant du chirurgien, et que le tamponnement ordinaire, pouvant être fait avec une simple tige flexible ou même un fil ciré, acquiert par là un grand avantage sous deux rapports : 1° il n'oblige pas le praticien à s'embarrasser d'un instrument de plus; 2° il peut être appliqué sur-le-champ, ce qui est indispensable dans les hémorrhagies très-violentes. Il est bien entendu que si une observation plus souvent répétée faisait reconnaître les derniers procédés comme beaucoup plus sûrs et moins difficiles à supporter, on devrait regarder comme nulles les objections que je viens de présenter. C'est encore un appel aux observateurs.

Je dois maintenant dire un mot des divers moyens adjuvans qu'il faut mettre en usage dans tous les cas sans exception, quel que soit, de tous les traitemens décrits plus haut, celui que l'on emploie. Je ferai ensuite connaître certaines médications qui ont quelques caractères de spécificité.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LES CAS D'ÉPISTAXIS ABONDANTE ET GRAVE.

1° Débarrasser le malade de tous les vêtemens qui peuvent gêner la circulation du tronc et surtout du cou;

2° Le placer sur un lit dur et frais, ou, selon Fernel, sur une couche de paille. Donner à son corps une inclinaison telle que la tête soit notablement plus élevée que les pieds;

3° Entretenir un courant d'air frais dans l'appartement;

4° Éviter au malade tout effort, tout mouvement un peu considérable. Ainsi favoriser la défécation par des lavemens émolliens; le faire boire au biberon ou à la cuiller; ne point le changer de place sans nécessité absolue, etc.;

5° Éloigner toute cause d'émotion morale;

6° Soumettre le malade à la diète pendant l'hémorrhagie, et à un régime sévère quelques jours après, dans les cas où on aurait observé des signes d'activité. Plus tard rétablir les forces par les *analeptiques*.

En général, de tous ces moyens adjuvans, il n'en est aucun auquel on doive brusquement renoncer.

Traitement de l'épistaxis intermittente.

Lorsque l'épistaxis périodique a lieu à de longs intervalles; elle ne réclame aucun traitement particulier, et le plus souvent, au lieu d'avoir à la combattre, on doit la favoriser, car c'est surtout par sa suppression qu'elle cause des accidens. Ce n'est point de cette espèce qu'il s'agit ici, mais bien de celle qui présente un des types connus de la fièvre intermittente. Les deux cas que j'ai cités plus haut sont des exemples d'épistaxis quotidienne et très-régulière. Dans les deux cas, l'hémorrhagie, qui avait résisté à beaucoup d'autres moyens, cessa peu de temps après l'administration du sulfate de quinine à haute dose.

Ainsi, dans l'épistaxis comme dans presque toutes les autres maladies, le praticien doit avoir présente à l'esprit la possibilité de l'intermittence, qui, quelque rare qu'elle soit, pourrait se présenter, et peut-être sous forme d'accès pernicieux. Dans un pareil cas, on prescrirait :

QUATRIÈME ORDONNANCE.

1° Pour boisson :

℞ Sommités de petite centaurée............. 8 grammes.
Eau bouillante.......................... 1 kilogr.

Faites infuser pendant vingt minutes.

Édulcorez avec sirop de sucre................ 64 grammes.

à prendre par grands verres dans la journée;

2° ℞ Sulfate de quinine de .... 0,6 à 1 gramme.

à prendre en trois doses, dans du pain à chanter.

Renouveler le sulfate de quinine jusqu'à ce que les accès d'épistaxis aient complètement cessé, et le donner encore pendant plusieurs jours à doses décroissantes.

Traitement de l'épistaxis par l'ergot de seigle.

J'ai sous les yeux une observation de M. G. Negri qui porte à croire que le seigle ergoté peut avoir, dans cette hémorrhagie comme dans les hémorrhagies utérines, une action spécifique. Chez une femme de soixante-deux ans, existait depuis trois jours une épistaxis si considérable que l'affaiblissement était extrême, que la peau était déjà décolorée et qu'il y avait une concentration et une accélération notables du pouls. C'est dans cet état de choses, et le sang coulant très-abondamment, que M. Negri prescrivit (*Lond. Med. Gaz.*, vol. 13, p. 361, 1834).

Seigle ergoté en poudre...................... 4 grammes.

Divisez en douze paquets, à prendre un tous les quarts d'heure.

Bientôt après, l'hémorrhagie commença à diminuer, et quand les douze paquets furent pris, elle avait cessé.

Alors on prescrivit :

Seigle ergoté en poudre. . . . . o,3o grammes.
A prendre toutes les heures.
Le lendemain la même dose fut prescrite à de longs intervalles.

Un fait ainsi isolé a peu de valeur; mais il était bon de le faire connaître, afin d'engager les praticiens à essayer le seigle ergoté dans les cas où les moyens les plus expéditifs ne sont pas nécessaires.

Tel est le traitement de l'épistaxis[1] ; je ne parle pas de certains agens thérapeutiques tels que les vésicatoires à l'aide de l'eau bouillante (Latour), le cautère à la plante des pieds (*Zacutus Lusitanus*), etc., parce qu'ils ne sont pas suffisamment sanctionnés par l'expérience. J'ai également supprimé quelques formules extrêmement longues et composées d'une multitude de médicamens hétérogènes, comme étant inutiles à connaître. Il ne me reste plus qu'à résumer cet article, attendu que le traitement de l'état anémique que l'épistaxis laisse après elle se trouvera naturellement dans le traitement de l'état morbide, dû à des causes très-différentes, qui a reçu le nom d'*anémie*.

Résumé sommaire du Traitement.

1° *Epistaxis active.* Saignée; ventouses scarifiées ou non; ligature des membres.

2° *Épistaxis active ou passive redoutable par son abondance. A.* Applications froides; styptiques et

[1] On peut juger par cet article de la manière dont le traitement des maladies doit être exposé dans tout le cours de l'ouvrage; car conçus dans le même esprit, et exécutés par un seul, tous les articles seront tracés sur le même modèle : avantage qu'on ne saurait trouver dans les dictionnaires et les autres ouvrages dont l'exécution est confiée à plusieurs. La forme et l'étendue des articles *Diagnostic* et *Traitement*, ainsi que la précision des détails qu'ils renferment, justifieront, je l'espère, aux yeux du lecteur, tout ce que j'ai dit à ce sujet dans mon Prospectus.

astringens liquides ou secs, portés dans les fosses nasales; boissons acidules : limonades, juleps, etc., opiacés. *B.* Compression directe; tamponnement; moyens spécifiques : sulfate de quinine, seigle ergoté. *D.* Moyens adjuvans : position, repos, etc.

ARTICLE II.

CORYZA AIGU (*rhinite aiguë*).

Cette maladie est ordinairement si légère que le médecin est bien rarement consulté à son occasion. De là vient que nous ne possédons réellement pas d'observations de coryza aigu. Néanmoins, dans des articles généraux assez nombreux, on trouve une description fidèle et détaillée de ses symptômes, ce que l'on conçoit facilement lorsqu'on songe que la maladie est extrêmement fréquente, très-simple, et ne demande, pour être connue à fond, qu'une observation superficielle. Je n'aurai donc pas à contrôler les assertions des auteurs par les faits; mon rôle se bornera à décrire rapidement cette affection, et à indiquer les principaux moyens qu'on doit lui opposer, lorsqu'elle présente une intensité insolite, ou qu'elle paraît vouloir passer à l'état chronique.

On a divisé le coryza aigu en coryza des adultes, coryza des nouveau-nés, et coryza symptomatique. Dans cet article, il ne sera pas question du dernier pour les raisons que j'ai déjà données (*Voy. Avant-Propos*). Quant aux deux premiers, ils ne diffèrent réellement que par un plus haut degré de gravité communiqué au coryza des nouveau-nés par la grande étroitesse des fosses nasales à ce premier âge de la vie, car au fond elle est la même. Aussi me dispenserai-je de décrire séparément le coryza

des nouveau-nés. Toutefois, et dans un but pratique, j'aurai soin, chemin faisant, de signaler tout ce qu'il peut présenter d'intéressant dans les symptômes, et d'indiquer avec détail son traitement particulier.

§ Ier. — Définition ; synonymie ; fréquence.

Le coryza aigu est une inflammation de la membrane pituitaire qui parcourt rapidement ses périodes; dans ces derniers temps on lui a imposé le nom de *rhinite aiguë*. C'est à l'une de ces dénominations qu'il faudra désormais s'en tenir, car celles qui ont été anciennement données à cette maladie, telles que *gravedo*, *destillatio*, *rhume de cerveau*, *catharre nasal*, *enchifrènement*, n'expriment guère que la présence de quelque symptôme plus ou moins important; il en est de même des dénominations étrangères, qu'il est inutile de rapporter ici.

Tout le monde sait que la fréquence du coryza est extrême; il est, en effet, des époques de l'année où des populations entières en sont en grande partie affectées. Je n'insisterai donc pas sur un fait aussi connu.

§ II. — Causes.

1° *Causes prédisposantes.*

Le coryza aigu est une des affections dans lesquelles la prédisposition semble le moins nécessaire, ou du moins est le plus difficile à découvrir. Ainsi, sous l'influence des variations de température du printemps, on voit survenir le coryza chez un très-grand nombre de sujets de tout âge, de tout sexe et de tout tempérament, sans qu'aucune de ces circonstances paraisse avoir plus particulièrement favo-

risé son développement. Cependant on a cité des sujets qui étaient tellement exposés à contracter le coryza, que le moindre changement atmosphérique suffisait pour le faire naître. Il faut bien, dans ces cas, reconnaître une prédisposition, mais c'est une prédisposition cachée, que nous ne pouvons rapporter à aucun état organique particulier.

Les auteurs ont donné comme causes prédisposantes l'enfance et la jeunesse, le tempérament lymphatique, le vice scrofuleux, un état habituel de faiblesse, une transpiration habituelle de la tête. Quant à cette dernière cause prédisposante, on a cité quelques exemples en sa faveur; mais pour toutes les autres, nous ne possédons que des assertions sans preuves, et on n'a pas plus de raisons pour en admettre l'existence que pour la rejeter. On voit donc que, comme dans toutes les phlegmasies superficielles non spécifiques, l'action des causes prédisposantes est très-obscure et laisse le champ libre à l'action des causes occasionnelles que nous allons étudier.

2° *Causes occasionnelles.*

C'est moins par une observation médicale qu'on les a recherchées, que par une observation vulgaire et superficielle. Toutefois, pour les raisons indiquées plus haut, on a pu, à cause de la simplicité des faits, arriver à constater d'une manière assez satisfaisante les principales circonstances dans lesquelles se produit le coryza. Ainsi l'on sait que cette maladie se manifeste ordinairement aux époques où il y a de brusques passages du chaud au froid, telles que le printemps et le commencement de l'automne; que l'insolation, surtout lorsqu'elle est immédiatement

suivie de l'exposition du corps au froid humide, la détermine fréquemment; que l'influence des brouillards sur sa production n'est guère moins marquée. Ces causes sont tellement puissantes, qu'il est rare qu'on y échappe dans le courant d'une année entière. Aussi, pendant certains mois, y a-t-il comme de petites épidémies de coryza qui, lorsqu'elles se joignent à des bronchites, des angines, etc., prennent dans le vulgaire le nom impropre de *grippe*, et sont assimilées à certaines épidémies dont il sera parlé dans un autre chapitre. M. Anglada (*Thès. janv.* 1837, du Coryza simple) cite un exemple de coryza plus franchement *épidémique:* après un orage violent qui succéda à plusieurs mois d'un temps très-beau, la plus grande partie de l'armée française fut affectée de coryza. Cette épidémie, de l'espèce la plus simple, différa des autres épidémies en ce que la maladie n'acquit pas une intensité et une gravité insolites.

Le coryza aigu est-il contagieux? C'est une opinion assez répandue dans le public que cette maladie a de la tendance à se propager par le contact direct, et sans doute le grand nombre de cas qui se manifestent en même temps, et chez des personnes vivant en commun, a contribué à faire adopter cette opinion. Elle était généralement admise en Allemagne à l'époque où écrivait *Crato*, puisque cet auteur, qui du reste ne cite aucun fait et n'émet que de simples assertions, affirme (*Concil. et Epist.*, lib. II, p. 246, 1595) que dans ce pays on aurait difficilement fait boire quelqu'un dans un vase où aurait bu un individu affecté de coryza. Plus tard, sur l'autorité d'Etmuller, Bonet (*Thesaur. Med. pract.*, Genev.

1691. *De Morb. cap.*, lib. II, p. 1067) a indiqué cette cause comme ayant lieu quelquefois; mais la preuve directe n'existe point, et sous ce rapport la science manque de renseignemens et en manquera peut-être toujours.

Les auteurs ont donné comme cause du coryza la suppression d'un flux ancien et la disparition d'un exanthème; mais nous n'avons pas de faits qui puissent nous éclairer à cet égard. On en cite, il est vrai, en faveur de la suppression d'une transpiration habituelle et surtout de celle des pieds; mais il faut distinguer : dans les cas où l'existence de cette cause a été bien constatée, la suppression de la transpiration a été suivie d'un coryza chronique et non d'un coryza aigu, en sorte que les auteurs ont eu tort d'attribuer cette cause à ces deux formes de la maladie.

Enfin on a cité des causes toutes particulières et fort rares; je n'indiquerai que les deux suivantes comme exemples : Jac. Aug. Hünerwolff (*Ephem. nat. cur. dec.*, Ann. V, 1712, obs. 22, p. 34) rapporte qu'un homme était pris d'un coryza très-violent toutes les fois qu'il entrait dans un parterre de rosiers en fleur, ou qu'il flairait une rose. Dans un autre cas, cité par M. Rostan, un coryza caractérisé par un écoulement abondant de mucus nasal qui ne durait que quelques heures, apparaissait tout à coup après une vive affection morale. Ce sont là de ces faits exceptionnels dont il suffit de signaler la possibilité.

§ III. — Symptômes.

Les premiers signes qui annoncent le *début* du coryza sont des picotemens incommodes et une espèce de chatouillement, qui provoquent des éternu-

mens d'abord rares, puis de plus en plus fréquens; bientôt à ce symptôme vient se joindre un sentiment de sécheresse et d'obstruction des fosses nasales, qui engage les malades à se moucher souvent, sans qu'ils puissent se débarrasser de ces sensations. Cependant la respiration n'est pas encore gênée, et tout est local dans la maladie.

Mais au bout d'un temps fort court, les symptômes se multiplient et deviennent plus intenses. Une des deux fosses nasales, et plus rarement les deux à la fois, sont le siége d'une chaleur âcre, d'une douleur assez marquée; en même temps il s'établit une sécrétion morbide, qui a surtout lieu à la suite des éternumens devenus plus fréquens. Le mucus qui en résulte est liquide, transparent, incolore, filant, et d'une saveur salée qui se fait incessamment sentir lorsque l'écoulement a lieu par l'ouverture postérieure des fosses nasales. Alors la membrane pituitaire se montre rouge et tuméfiée, ainsi que la peau qui recouvre l'ouverture antérieure des fosses nasales; cette rougeur est due non-seulement à l'extension naturelle de l'inflammation par voie de continuité, mais encore au passage presque continuel du mucus âcre dont il vient d'être parlé.

Tant que le coryza est borné à la portion de pituitaire qui tapisse les fosses nasales proprement dites, les symptômes précédens sont ordinairement les seuls existans; mais dès que l'inflammation gagne les appendices membraneux qui vont revêtir les cavités adjacentes, de nouveaux phénomènes sont observés. Ainsi les yeux s'injectent, ils sont sensibles à la lumière, larmoyans; c'est que l'inflammation a pénétré par le canal nasal. Il y a une céphalalgie

frontale, gravative, qui empêche les malades de se livrer à leurs occupations, et rend pénibles les éternumens, et quelquefois même les moindres mouvemens; c'est que les sinus frontaux sont envahis. Enfin le malade éprouve une douleur assez vive dans une joue, rarement dans les deux; la peau de cette partie prend une couleur rosée, il y a un peu de gonflement, les dents du même côté présentent une douleur sourde; un sentiment de tension incommode, partant de la paroi externe de la fosse nasale, se propage dans la mâchoire supérieure, et se change en une véritable douleur lorsque le malade se mouche fortement; c'est que la muqueuse de l'antre d'Hygmore est enflammée. Ainsi, à l'aide des connaissances anatomiques, nous nous rendons parfaitement compte de tous les symptômes qui peuvent survenir, et depuis longtemps toutes les théories qui faisaient dépendre l'écoulement nasal du coryza de l'exsudation d'une humeur venant des membranes du cerveau ou des ventricules (*Voy.* Fernel, *Pathol.*, lib. V, cap. VII.) sont rangées parmi les rêveries que l'amour des explications a si souvent suggérées à nos devanciers. M. Boucher (*Diss. sur le Coryza*, 1836) s'est fondé sur les différences que présente le coryza, suivant qu'il occupe telle ou telle partie, pour établir les variétés suivantes : 1° Coryza des narines; 2° des sinus frontaux; 3° des sinus maxillaires. Ces différences méritent d'être connues, mais elles n'ont pas assez d'importance, surtout sous le rapport pratique, pour qu'on établisse une distinction réelle entre ces diverses variétés.

En même temps que les symptômes prennent l'accroissement qui vient d'être indiqué, il se déve-

loppe, dans un certain nombre de cas dont la proportion n'est pas exactement déterminée, un mouvement fébrile ordinairement peu intense. Quelquefois, au contraire, mais bien plus rarement, c'est le mouvement fébrile qui précède de plusieurs heures les symptômes locaux. Une accélération légère du pouls et un peu de chaleur, une aggravation de la céphalalgie, de l'inquiétude et quelquefois un peu d'insomnie, un sentiment de courbature générale, sont les principaux symptômes qui caractérisent ce mouvement fébrile. Des auteurs ont aussi signalé des frissons suivis de sueurs, mais les cas dans lesquels on les observe sont au moins fort rares.

Parfois l'intensité de la céphalalgie est excessive, et donne pour ainsi dire à la maladie un aspect particulier, surtout si l'on considère la manière dont elle se termine. M. Louis a deux ou trois fois, dans sa pratique, observé les phénomènes suivans : il a vu, après une suppression complète ou une diminution notable de l'écoulement muqueux, survenir vers la racine du nez une douleur tellement atroce, qu'elle ne laissait pas un instant de repos au malade, et cet état durait jusqu'à ce qu'un écoulement abondant de mucus incolore et filant se fît par les narines; alors ce symptôme si violent se dissipait avec la plus grande rapidité. Le siége de cette douleur ne permet pas de douter qu'elle ne fût due à l'envahissement des sinus frontaux.

Au bout de deux ou trois jours de durée, tous les symptômes s'amendent notablement; la douleur, la tension, la rougeur des fosses nasales disparaissent, ainsi que le mouvement fébrile, s'il existait. Quant au mucus sécrété, il change notablement d'as-

pect : il devient plus consistant, opalin, puis blanc, blanc-jaunâtre ou verdâtre et opaque ; il est alors difficile à détacher, et l'on est obligé de faire des efforts quelquefois douloureux pour désobstruer les fosses nasales. Cette matière acquiert une odeur fade, parfois fétide ou étrange. La voix est nasonnée, il y a un enchifrènement marqué, et quelquefois une douleur permanente à la racine du nez. Cet état peut durer assez longtemps avant que les fosses nasales soient revenues à leur état normal.

J'ai dit plus haut qu'on avait décrit séparément le coryza des enfans nouveau-nés et à la mamelle, et j'ai ajouté que les différences qui existent entre cette maladie, à cet âge et à un âge plus avancé, tiennent presque uniquement à l'étroitesse des fosses nasales chez les enfans. Pour s'en convaincre, il suffit d'examiner les symptômes particuliers que présente le coryza des nouveau-nés. J'en emprunte la description à Billard (*Traité des Maladies des enfans*, 1833, 2e éd., p. 484 et suiv.) et à M. Rayer (*Note sur le Coryza des enfans à la mamelle*, 1820) qui ont écrit particulièrement sur ce sujet.

L'enfant, qui pouvait auparavant dormir la bouche fermée, est obligé de la tenir largement ouverte ; il y a une respiration très-bruyante par le nez et des sifflemens dans les fosses nasales. Les mucosités s'accumulant de plus en plus dans ces cavités, la respiration devient très-difficile, et même impossible lorsque l'enfant veut prendre le mamelon ; s'il persiste dans ses efforts de succion, la face devient violette, se tuméfie, il y a menace d'asphyxie, et enfin le mamelon est abandonné brusquement, le petit malade portant rapidement la

tête en arrière, ouvrant largement la bouche pour respirer, et poussant des cris d'impatience et de douleur.

Il est évident que l'obstacle au libre passage de l'air dans les fosses nasales obstruées par les mucosités est la cause de tous ces accidens. Aussi n'est-ce qu'après un certain temps de ce pénible état que les enfans éprouvent l'assoupissement, la prostration et les convulsions signalées par Billard, et que, suivant les expressions de cet auteur, le petit malade se trouvant continuellement agité par le besoin de la faim et l'impossibilité de le satisfaire, tombe épuisé de fatigue, de douleur et d'inanition, et ne tarde pas à périr avant même d'être arrivé à un degré de marasme avancé. Ainsi, bien qu'il faille reconnaître que le mouvement fébrile du coryza peut avoir une certaine gravité chez les nouveau-nés et les enfans à la mamelle, car à cet âge toute affection accompagnée de fièvre a son danger, toujours est-il que c'est à des circonstances tout accessoires que cette affection doit sa terminaison funeste. Mais quelle qu'en soit la cause, il est nécessaire de prévenir le praticien du danger qu'acquiert chez les jeunes enfans une maladie si légère chez l'adulte, afin que le traitement soit dirigé avec l'activité nécessaire.

Maintenant que j'ai fait connaître tous les accidens dont peut s'accompagner le coryza des enfans nouveau-nés et à la mamelle, je dois ajouter qu'il est heureusement rare qu'ils surviennent avec cette intensité. Quant à moi, bien que j'aie pendant longtemps observé les maladies des nouveau-nés, je n'en ai jamais vu un seul exemple. Dans le plus grand nombre des cas, tout se réduit à un peu plus d'agi-

tation et à une difficulté un peu plus grande dans la respiration : symptômes qui ne sont pas de longue durée.

§ IV. — Marche; durée ; terminaison de la maladie.

1° *Marche de la maladie.* Comme chacun sait, la marche du coryza aigu est rapide. Ordinairement trente-six ou quarante-huit heures suffisent pour que les principaux symptômes soient considérablement amendés. On a cité quelques cas où le coryza s'est montré sous forme intermittente. On en trouve, dans le *Journal méd.* de Vandermonde (mars 1751, p. 197) un exemple qui a été cité par Sauvages (*Nosol.*, t. II, class. IX, *Fluxus:* ordo III, *Serifluxus*), sous le titre de *Coryza febricosa.* Ce qu'il y a de remarquable dans ce cas, c'est que malgré la présence de plusieurs symptômes aigus, tels que douleur de tête, tuméfaction, etc., il n'y avait aucun mouvement fébrile (*pyrexia nulla*). La maladie ne céda qu'au quinquina.

Si les symptômes de la première période du coryza, c'est-à-dire ceux où l'inflammation se montre dans toute son acuité, ont une marche très-rapide, il n'en est pas toujours de même de ceux qui leur succèdent, et qui constituent ce que dans le langage ancien on appelait la *coction.* La gêne de la respiration par le nez, la tension, l'exagération de la sécrétion, et par suite l'enchifrènement, peuvent durer longtemps et demander même quelques soins chez les personnes qui ont besoin de recouvrer promptement la pureté de la voix, dont le timbre reste nasonné.

Quand on examine avec attention ce qui se passe

dans cette légère maladie, on voit que dans le plus grand nombre des cas elle n'occupe d'abord qu'une narine, et qu'elle passe à l'autre avec tous les symptômes d'acuité lorsqu'il y a déjà un amendement notable dans la cavité envahie la première. De plus, en notant avec soin les phénomènes à mesure qu'ils se présentent, on voit aussi que l'envahissement des sinus frontaux et du sinus maxillaire, quand il a lieu, se fait à une époque un peu éloignée du début; il semblerait qu'en pareil cas la maladie dût se prolonger beaucoup plus, car en réalité il y a plusieurs attaques successives. Il n'en est cependant rien, et en voici la raison : l'inflammation, lorsqu'elle se propage à un autre point que celui qu'elle occupait d'abord, parcourt ses périodes avec une rapidité d'autant plus grande, qu'elle a envahi son nouveau siége à une époque plus éloignée du début; en sorte que toutes ces inflammations partielles, qui se sont succédé à des intervalles variables, arrivent toutes en même temps, ou même en raison inverse de leur développement, à une terminaison commune. C'est ce que nous retrouverons dans les autres phlegmasies toutes les fois que nous les verrons se terminer par résolution.

La durée générale de la maladie est ordinairement courte; il est rare qu'elle dépasse quatre à sept jours, à moins que le coryza ne passe à l'état chronique. Excepté chez les très-jeunes enfans, et, comme je l'ai déjà dit, dans des cas rares, la *terminaison* du coryza aigu n'est jamais funeste. Son passage à l'état chronique est cité par tous les auteurs, mais cette terminaison est rare.

§ V. — Lésions anatomiques.

Ce n'est que chez les enfans nouveau-nés et à la mamelle qu'on a pu étudier les lésions du coryza idiopathique; chez les adultes, c'est le coryza symptomatique qui a fourni les sujets de recherches. Chez les uns et chez les autres, on trouve les signes ordinaires de l'inflammation des membranes muqueuses : la rougeur, l'épaississement, le ramollissement de la membrane, etc.; mais chez les enfans, il existe quelquefois une lésion particulière décrite en ces termes par Billard (*loc. cit.*) : « En ouvrant les fosses nasales, on trouve une concrétion pseudo-membraneuse, blanchâtre, et un peu salie par du sang exhalé à sa surface. Elle commence à la partie supérieure de la glotte, et, au lieu de s'étendre sur la trachée-artère, remonte vers les sinus et les cornets du nez qu'elle revêt en s'y appliquant solidement. La membrane muqueuse est, au-dessous d'elle, très-tuméfiée et d'un rouge vif; elle est même saignante dans plusieurs endroits. » On voit que cette forme est au coryza simple ce que le croup est à la laryngite simple; il importait donc beaucoup de pouvoir la distinguer; mais malheureusement, de l'aveu de Billard, il est impossible de la reconnaître pendant la vie. Les autres lésions qu'on a observées ont trop peu d'importance pratique pour être mentionnées ici.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Diagnostic. J'ai peu de chose à dire sur le diagnostic du coryza chez l'adulte; c'est aux articles *coryza chronique* et *ozène* que je donnerai les signes différentiels de ces affections et du coryza aigu, et si l'on

y réfléchit, on verra qu'après cette élimination il ne reste pas d'affection qui puisse être confondue avec lui. Mais il peut être quelquefois utile de savoir si le coryza est idiopathique ou symptomatique. Je vais donc rechercher les signes propres à nous éclairer sur ce point.

Dans la *rougeole* il existe un coryza précurseur; mais outre qu'il s'accompagne tout d'abord d'une toux remarquable, il est bien rare qu'il n'existe pas en même temps un mouvement fébrile prononcé, lequel ne se manifeste le plus souvent dans le coryza que lorsque l'inflammation de la pituitaire a acquis un assez grand développement.

Il en est de même pour le coryza qui se montre dans la *scarlatine;* seulement c'est le pharynx plutôt que les bronches qui est enflammé en même temps que la membrane de Schneider.

Lorsque le coryza est précédé d'un mouvement fébrile qui ne paraît nullement en rapport avec le peu d'importance de l'inflammation, il faut avoir soin d'inspecter chaque jour la muqueuse buccale et pharyngienne, car dans les fièvres exanthémateuses, c'est là qu'on commence à apercevoir les premières rougeurs qui lèvent tous les doutes. Avant cette époque, il est difficile de distinguer le coryza fébrile simple du coryza précurseur de l'exanthème.

Dans la *grippe* et les diverses épidémies du même genre, il existe un coryza ordinairement intense, mais l'apparition simultanée d'autres symptômes ne permet pas une longue hésitation.

Les mêmes réflexions s'appliquent au coryza qui se manifeste dans la première période de la *coqueluche* et du *croup*.

Il est plus important encore de savoir si ces symptômes si intenses, cette suffocation, cette asphyxie imminentes, observées chez les nouveau-nés, sont dus à un simple coryza ou à une autre maladie. La tuméfaction, l'inflammation du nez, et par suite la gêne de la respiration, peuvent dépendre d'un *érysipèle* ou d'une *inflammation œdémateuse* de la face qui occupe plus particulièrement la lèvre supérieure et le nez. Mais la première de ces maladies, au lieu de commencer par l'intérieur des fosses nasales, commence par la peau du nez ou du front, et s'étend bientôt à d'autres parties de la face, trop éloignées de l'ouverture des narines pour devoir leur inflammation à un simple coryza. Quant à la seconde, elle ne se développe qu'à la fin des maladies graves, et commence presque toujours par la lèvre supérieure.

J'ai dit que le principal symptôme, le symptôme capital du coryza des nouveau-nés, était la suffocation, qui a lieu surtout pendant l'action de teter. Plusieurs autres causes peuvent occasionner la suffocation, pendant que l'enfant fait des efforts de succion. Ce sont les *vices de conformation* de la bouche, de la langue et de son frein, des fosses nasales, ou bien du mamelon de la nourrice. Mais outre que ces vices de conformation ont leurs caractères propres et faciles à constater, l'impossibilité de teter date de la naissance, tandis que dans le coryza les enfans tetaient fort bien avant l'invasion de la maladie. J'ajouterai que les enfans qui offrent des vices de conformation autres que ceux qui peuvent produire une obstruction des fosses nasales, ont la respiration parfaitement libre quand ils ne cherchent pas à teter, au lieu que dans le coryza, l'obstruction des

fosses nasales occasionne, dans tous les instans, une gêne plus ou moins marquée de cette fonction.

Résumons en un tableau les principaux traits de ce diagnostic, dont l'importance est secondaire.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1°. *Signes distinctifs du coryza simple aigu fébrile, et du coryza des fièvres exanthématiques.*

CORYZA SIMPLE.	CORYZA PRÉCURSEUR DE L'EXANTHÈME.
Pas de *toux* ni de *douleur de gorge* au début.	*Toux* ou *douleur de gorge* au début.
Le plus souvent pas de *fièvre* au début.	*Fièvre* au début.
Mouvement fébrile peu prononcé et de courte durée.	*Mouvement fébrile* intense et prolongé.

Dans les cas peu fréquens où le mouvement fébrile précède un coryza un peu intense, examinez fréquemment la bouche et le larynx, pour découvrir *les rougeurs de l'exanthème*, qui seules peuvent lever les doutes.

2°. *Signes distinctifs du coryza simple aigu fébrile, et du coryza des épidémies catarrhales, de la coqueluche et du croup.*

CORYZA IDIOPATHIQUE.	CORYZA SYMPTOMATIQUE.
Au début, *symptômes locaux*, bornés aux fosses nasales.	Au début, *symptômes* ayant leur siége dans plusieurs organes, et notamment dans le reste de l'étendue des voies respiratoires.

3°. *Signes distinctifs du coryza des nouveau-nés et des autres affections qui peuvent déterminer la suffocation.*

a. CORYZA DES NOUVEAU-NÉS.	ÉRYSIPÈLE DE LA FACE ; OEDÈME SUB-INFLAMMATOIRE.
L'inflammation commence dans les fosses nasales.	*L'inflammation* commence dans la peau du front, du nez ou de la lèvre supérieure.
Se développe au milieu d'un *état de santé parfaite*.	Se développe *à la fin des maladies graves*.

b. CORYZA DES NOUVEAU-NÉS.	VICES DE CONFORMATION DE LA BOUCHE, DE LA LANGUE, etc.
Inspection. Bonne conformation de toutes les parties qui agissent dans la succion.	*Inspection.* On découvre le *vice de conformation.*
La *succion* s'opérait bien avant l'invasion du coryza.	*Succion* impossible dès la naissance.
Gêne de la respiration dans les intervalles de la succion.	*Respiration* libre lorsque l'enfant ne tette pas.

Je ne chercherai pas à établir un diagnostic entre le coryza et l'inflammation de la pituitaire due à une violence extérieure quelconque, parce que, dans ce cas, la connaissance de la cause est suffisante.

Pronostic. Le coryza des adultes n'a, comme je l'ai déjà dit, aucune gravité. Dans les cas rares où on l'a vu passer à l'état chronique, on n'a noté aucun signe qui pût faire prévoir cette terminaison. Quant au coryza des nouveau-nés, on a vu que dans quelques circonstances il pouvait avoir une terminaison funeste, et comme rien n'a été indiqué comme pouvant servir à faire distinguer les cas mortels, le praticien devra toujours avoir quelque appréhension du coryza survenant à cet âge, quelle que soit d'ailleurs son apparente bénignité. Le coryza des nouveau-nés avec production de fausses membranes est une maladie mortelle; mais on a vu que malheureusement nous n'avions aucun moyen de le distinguer pendant la vie; l'observation a encore tout à faire à ce sujet.

§ VII. — Traitement.

Coryza des adultes. Dans le coryza léger, apyrétique, celui qui existe le plus fréquemment, il n'est besoin d'aucune médication active; c'est une de ces affections légères qu'on range à peine parmi les indispositions. Aussi, vulgairement, n'y fait-on aucun

attention. Cependant il est une circonstance où le coryza le plus léger demande quelques soins : c'est lorsque l'individu affecté a besoin de recouvrer le plus promptement possible l'intégrité de sa voix, qui, dans cette maladie, prend un timbre désagréable. Les deux prescriptions suivantes suffisent en pareil cas :

PREMIÈRE ORDONNANCE.

Coryza léger chez un adulte.

1°. Pour tisane :

℞ Fleur de violettes.... .... 8 grammes.
Eau bouillante.......................... 1 litre.

Faites infuser pendant une demi-heure, passez et édulcorez avec Q. S. de sucre.

A prendre par petites tasses dans le courant de la journée.

2°. Le soir un pédiluve sinapisé de vingt minutes à une demi-heure de durée.

3°. Tenir le ventre libre à l'aide de lavemens émolliens.

4°. Diminuer la quantité des alimens; s'abstenir de liqueurs fortes et de café.

5°. Se tenir constamment à l'abri du froid et surtout du froid humide.

Si le coryza, sans être très-intense, présentait quelques symptômes incommodes, comme une forte pesanteur de tête, des douleurs dans les sinus frontaux ou dans les sinus maxillaires, on aurait recour aux moyens suivans :

DEUXIÈME ORDONNANCE.

1°. Pour tisane :

℞ Feuilles de bourrache.. .... 8 gramme.
Eau bouillante......................... 1 kilogr

Faites infuser pendant un quart d'heure ; ajoutez :

Miel blanc.............................. 60 grammes.

Passez.

A prendre par petites tasses dans la journée.

2°. Faire, matin et soir, une fumigation émolliente, drigée vers les fosses nasales. Une théière ordinaire, dont le bec est tourné vers le nez, suffit pour ces fumigations.

3°. Matin et soir, un pédiluve chaud, avec addition de deux ou trois pelletées de cendre; y rester vingt minutes.

4°. Le reste de la prescription précédente.

Mais le coryza peut, avons-nous dit, se présenter avec un appareil de symptômes qui lui donnent une certaine importance; la fièvre surtout alarme le malade et mérite l'attention du médecin. Cependant, si la maladie paraît toujours bien localisée, il est inutile de recourir à des moyens beaucoup plus actifs, et il suffira des suivans :

TROISIÈME ORDONNANCE.

Coryza fébrile chez l'adulte.

1°. Infusion de bourrache (*ut suprà*), ou bien une légère infusion de thé sucré.

2°. Introduire de temps en temps dans les fosses nasales une poudre fine de guimauve ou de gomme, afin d'absorber les mucosités et de leur donner plus de consistance.

3°. Faire trois ou quatre fois par jour des onctions sur le nez, sur la lèvre supérieure, et même sur les parties adjacentes, avec de la pommade de concombre, du cérat légèrement opiacé, ou bien avec le liniment suivant :

℞ Huile d'amendes douces.................. 8 grammes
Laudanum de Sydenham................ 0,5

Mêlez avec soin.

4°. Pédiluves sinapisés matin et soir.

5°. Le soir, un lavement d'eau de guimauve avec addition de cinq ou six cuillerées d'huile d'olive.

6°. Se préserver du froid; régime très-léger; quelquefois, lorsque le mouvement fébrile est un peu intense, il est nécessaire d'imposer un jour de diète.

Tels étaient les moyens universellement employés dans le coryza aigu fébrile ou non fébrile, lorsque le docteur Williams en proposa un bien différent, et que, pour cette raison, je dois faire connaître avec quelques détails.

TRAITEMENT DU DOCTEUR C.-J.-B. WILLIAMS.

Ce médecin, après avoir fait remarquer (*Cyclop. of pract. med.* t. I, 1833) que si l'on prescrit des boissons abondantes dans le coryza, c'est pour diminuer l'acrimonie du flux pituitaire qui entretient l'inflammation, ajoute qu'on obtient le même résultat par un moyen tout opposé, et dont cependant le succès est certain : c'est l'*abstinence complète des liquides.* Voici comment, d'après cet auteur, on doit diriger le traitement :

QUATRIÈME ORDONNANCE.

1°. On pourra commencer le traitement par un laxatif, suivi d'un diaphorétique. Mais ces moyens ne sont nécessaires qu'au début de la maladie.

2°. S'abstenir de toute espèce de liquide pendant trente-six ou quarante-huit heures.

3°. Les alimens solides seront des *puddings* (qu'on peut remplacer en France par de la bouillie et des panades épaisses), des légumes avec ou sans viande, pour le principal repas de la journée. Aux autres repas, on se contentera d'un peu de pain rôti ou de biscuit, simplement humecté avec du thé ou avec un liquide du même genre.

4°. Après quarante-huit heures de ce traitement, on peut revenir à l'usage *modéré* des liquides; mais il faut avoir soin de n'y revenir que graduellement, et se faire violence, car on est porté, après une pareille abstinence, à prendre les boissons avec excès.

Suivant M. Williams, ce traitement agissant en diminuant la masse des fluides du corps, a pour but d'enlever les matériaux nécessaires à la sécrétion morbide, de tarir l'écoulement, et d'arrêter le coryza entretenu par lui. Par ce moyen, on empêche l'inflammation de se propager aux organes respiratoires proprement dits, et on évite les bronchites intenses qui succèdent au coryza. C'est au bout de douze heures d'abstinence des liquides que l'écoulement

commence à tarir; la sécrétion devient alors gélatineuse; elle cesse entre la trentième et la trente-sixième heure. Dès la douzième heure, le larmoiement et la douleur de tête deviennent de moins en moins incommodes, et ces symptômes ne tardent pas à disparaître. Jamais, dans les cas observés par le docteur Williams, cette abstinence de liquides pendant le temps indiqué n'a eu le moindre inconvénient.

Il y a malheureusement beaucoup d'objections à faire aux assertions de cet auteur; objections dont l'analyse seule d'un certain nombre d'observations pourrait démontrer la force ou la faiblesse. Comment pouvons-nous admettre qu'un traitement a une grande efficacité dans le coryza, lorsque, d'une part, nous voyons qu'il ne commence à tarir l'écoulement qu'au bout de douze heures, et que, d'une autre part, nous ne savons pas à quelle époque de la maladie il a été entrepris? Supposons seulement que le coryza dure déjà depuis douze heures; qu'y a-t-il d'étonnant qu'il commence à se dissiper douze heures plus tard?

Et sans même recourir à cette supposition, ne voyons-nous pas des coryzas qui parcourent leur période d'acuité en douze heures? Il fallait donc démontrer, par l'observation, qu'on n'avait pas eu affaire à des coryzas semblables. Le docteur Williams nous dit qu'on évite, par son traitement, les bronchites consécutives; mais, pour le prouver il était absolument nécessaire de présenter des observations; et si, par l'abstinence des liquides, on avait prévenu des bronchites à une époque où le coryza en aurait été presque constamment suivi, nous aurions une forte preuve, qui nous manque complétement.

On doit donc attendre, pour admettre l'efficacité de *l'abstinence complète des liquides dans le coryza*, que l'observation ait prononcé. Mais il faut se garder de proscrire entièrement ce traitement; car si son utilité venait à être démontrée, ce serait une acquisition précieuse, puisqu'on éviterait des bronchites quelquefois intenses, qui sont à redouter pour beaucoup d'individus, et notamment pour les chanteurs et pour les personnes qui ont une maladie chronique des poumons. C'est aux observateurs à expérimenter un traitement pénible à suivre sans doute, mais qui n'a pas d'inconvénient réel.

CORYZA PÉRIODIQUE

(*Coryza febricosa de Sauvages*).

Il est inutile de dire que lorsque le coryza se présente sous cette forme extrêmement rare, et lorsqu'on a bien constaté la régularité des accès, il faut avoir recours au quinquina. La prescription suivante suffira :

℞ Sulfate de quinine .... 0,3 grammes.

F. trois paquets qu'on prendra de deux en deux heures, dans l'intervalle des accès. On devra renouveler cette dose jusqu'à ce qu'il ne reste plus de trace de la maladie, et la continuer quelques jours en la diminuant graduellement, comme s'il s'agissait d'une fièvre intermittente.

L'observation insérée dans le journal de Vandermonde prouve qu'il ne faut nullement attendre que des symptômes fébriles se manifestent en pareil cas; car chez l'homme qui en est le sujet il n'y avait pas, comme on l'a vu plus haut, la moindre apparence de fièvre.

CORYZA DES NOUVEAU-NÉS.

Tous les auteurs qui se sont occupés de cette ma-

ladie recommandent de suspendre l'allaitement, et de nourrir les enfans à la cuiller. Mais il ne faut pas croire que dès qu'un enfant présente des signes de coryza, on doive ainsi le priver de son alimentation naturelle. D'abord, ainsi que je l'ai dit plus haut, ce n'est que dans les cas les plus graves que cette maladie détermine des symptômes d'asphyxie et empêche l'enfant de teter; d'où il suit que souvent elle n'a pas plus de gravité que chez l'adulte, et alors il faut bien se garder de suspendre l'allaitement, car avec quelques précautions contre le froid, il constitue le meilleur traitement qu'on puisse prescrire. En second lieu, il est toujours temps, lorsque les symptômes de suffocation apparaissent, de remplacer l'allaitement par les boissons prises à la cuiller, qui n'exigent pas une occlusion si parfaite de la bouche, et permettent à l'enfant de respirer encore, quoique imparfaitement. C'est en pareil cas qu'on devra recourir à la prescription suivante :

CINQUIÈME ORDONNANCE.

1°. Faire boire, à l'aide d'une cuiller, du lait de vache coupé avec un quart ou moitié d'eau d'orge ou de gruau.

2°. Nettoyer fréquemment les narines à l'aide de lotions d'eau de guimauve ou de sureau; tâcher de faire aspirer un peu de ces liquides par le nez, en fermant un instant la bouche de l'enfant.

3°. Dans les cas très-graves, et s'il y a quelques signes de congestion cérébrale, une sangsue derrière l'oreille, ou deux au plus chez les enfans forts et âgés de plus d'un mois. Arrêter avec grand soin l'écoulement du sang, une demi-heure ou au plus une heure après la chute des sangsues.

4°. ℞ Calomel........................... 1 gramme.
Sucre en poudre.................... 5 grammes.

M. Faites quatre paquets à prendre dans la journée.

5°. Le soir un cataplasme légèrement sinapisé sur chaque jambe.

6°. Si les symptômes cérébraux augmentent, un vésicatoire à la nuque.

La mort a été quelquefois causée par le coryza chez les nouveau-nés, et nous avons vu que c'est principalement à l'asphyxie qu'est due cette terminaison funeste. Faudrait-il, si les symptômes devenaient menaçans, au point de faire redouter une mort prochaine, recourir à la *trachéotomie?* Aucun auteur ne s'est fait cette question, et le motif en est facile à comprendre : il s'agit d'enfans très-jeunes et chez lesquels on aurait de la répugnance à pratiquer une opération, même beaucoup moins sérieuse. C'est là sans doute une raison d'être très-réservé; mais s'il était démontré que l'enfant va périr asphyxié, et si, d'un autre côté, on était sûr que le coryza est simple, on pourrait d'autant plus recourir à ce moyen extrême, que, la respiration une fois rétablie, on aurait la certitude que le coryza se terminerait promptement par résolution. N'est-ce pas le cas de faire l'application de ce fameux axiome : *Melius remedium anceps quàm nullum?*

Moyens prophylactiques. Cette maladie est si légère, qu'on prend ordinairement très-peu de précautions pour s'en garantir. Cependant il est des personnes qui contractent si facilement le coryza, qu'elles doivent chercher les moyens de le prévenir, ne fût-ce que dans la crainte de le voir passer à l'état chronique. Ainsi les individus qui sont sujets à une transpiration habituelle d'une des parties du corps, et principalement de la tête, doivent éviter les courans d'air, même pendant l'été. Au printemps, il ne faut pas s'exposer au soleil, et surtout passer ensuite brusquement dans un lieu frais. Il importe aussi de ne pas se dépouiller trop tôt de ses vêtemens d'hiver, et de se garantir avec soin des

premières humidités de l'automne. Les personnes chauves ont ordinairement besoin de prendre, plus que toutes les autres, les précautions que je viens d'indiquer. Suivant M. Williams (*loc. cit.*), la modération dans les boissons est un des meilleurs préservatifs, parce que, dit-il, lorsqu'il y a une grande quantité de liquide dans le corps, la perspiration doit être augmentée, et l'on est par conséquent plus exposé aux mauvaises influences du froid. Il est inutile d'ajouter que cette assertion est toute théorique. Enfin les causes toutes particulières du coryza ne peuvent être reconnues que par les sujets eux-mêmes, qui devront les remarquer pour les éviter.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Coryza des adultes. Adoucissans; légers sudorifiques; dérivatifs; laxatifs; onctions émollientes, opiacées; se préserver du froid; régime léger; *traitement Williams.*

Coryza des nouveau-nés. Les moyens précédens; plus, dans les cas très-graves, légères émissions sanguines; lotions émollientes; minoratifs; révulsifs; faire boire à la cuiller; *trachéotomie?*

APPENDICE.

Les anciens employaient des traitemens toujours compliqués, même pour les maladies légères. L'histoire du coryza en fournit la preuve. Je n'ai pas voulu mettre dans l'article qui précède les moyens variés qui ont été recommandés dans les siècles précédens, parce qu'il n'est pas bien démontré qu'ils aient été réellement utiles [1]. Je me contenterai d'emprunter

[1] Je n'ai pas, néanmoins, cru devoir entièrement proscrire les médications anciennes, par ce seul motif que les formules en sont surchargées

comme exemple, à trois auteurs cités par Bonet, leurs formules de mixture, de fumigation et de cataplasme, qui formeront la prescription suivante :

SIXIÈME ORDONNANCE.

1°. Pour boisson une infusion théiforme chaude et dissolvante. (Sauvages.)

2°. ℞ Eau de fumeterre................ } ââ 60 grammes.
de fenouil..................
Thériaque simple.................. 30 grammes.
Ammoniaque liquide.............. 20 gouttes.
Huile de girofle.................... 3 gouttes.
Bézoard minéral..................... 2 grammes.
Laudanum........................ 0,1 gramme.
Sirop de pavot..................... 30 grammes.

Mêlez.

A prendre à la dose de deux cuillerées, pour favoriser les sueurs. (*Fr. Sylvius*, l. I, cap. XLI.)

3°. ℞ Succin........................ } ââ 8 grammes.
Gomme animé...................
Encens........................ } ââ 4 grammes.
Mastic........................
Benjoin........................ 8 grammes.

M. Réduisez en poudre; projetez-en deux ou trois pincées sur des charbons ardens ou sur un fer rouge, et aspirez la fumée par les fosses nasales. (Etmuller; c'est à la gomme animé que cet auteur attribue principalement la vertu de la fumigation.)

4°. Inspirer plusieurs fois par jour du lait chaud. (Sauvages.)

de substances qui nous paraissent réunies presqu'au hasard. Pouvons-nous toujours reconnaître quelle est dans ce mélange la substance réellement utile? Et quand nous le pouvons, nous est-il permis d'affirmer que ces substances n'acquièrent pas leur efficacité de leur réunion elle-même? Le traitement dit de la Charité, dont les effets sont si heureux et si prompts, est un des plus compliqués que nous aient laissés les anciens; l'avait-on perfectionné en le simplifiant et en ne mettant exclusivement en usage que les substances calmantes ou purgatives? Non, on peut le dire hardiment, jusqu'à ce que l'on ait eu recours à l'huile de croton tiglium. Ainsi donc, tout en y mettant une grande réserve, je me garderai bien de proscrire les anciennes formules, dont quelques-unes, sagement expérimentées, pourront rendre service à la pratique.

5°. Faites bouillir des feuilles de sabine, et appliquez-les sur le nez sous forme d'un cataplasme qui doit avoir un assez haut degré de chaleur. (Petrus Bayrus; ce médecin affirme que ce topique *enlève le coryza sur-le-champ*. Ce serait là un succès tout autrement beau que ceux du du docteur Williams.)

Il est inutile de dire que dans l'exposition du traitement ces auteurs n'ont tenu aucun compte de l'état d'acuité ou de chronicité du coryza, négligence qui n'a été que trop imitée par les modernes. C'est aux praticiens à voir ce qu'ils pourront faire de ces moyens, qui n'ont pas de danger réel, mais dont l'efficacité peut paraître douteuse.

ARTICLE III.

CORYZA CHRONIQUE (*Rhinite chronique*).

Le coryza chronique étant une affection très-incommode et difficile à guérir, a dû nécessairement fixer l'attention des médecins. Aussi pourrai-je avoir recours, pour ma description, à des observations assez nombreuses, ressource qui me manquait entièrement pour la description du coryza aigu. J'en userai avec d'autant plus d'empressement que, dans les articles généraux, cette forme de l'inflammation de la membrane pituitaire a été superficiellement étudiée.

§ Ier. — Définition; synonymie; fréquence.

Dans ces derniers temps, on a cherché à établir une distinction entre le coryza chronique et le flux nasal auquel on a donné le nom de *rhinorrhée;* mais en parcourant les observations, il m'a paru impossible de baser cette division sur des faits positifs. Ainsi les auteurs se sont fondés, pour l'établir, sur ce que, dans la rhinorrhée, toute la maladie con-

siste dans un écoulement de mucosité limpide par le nez, sans aucun symptôme inflammatoire, tandis que, dans le coryza, l'écoulement d'un mucus de consistance, de couleur variables, et plus ou moins altéré, s'accompagne d'un petit nombre de symptômes propres à l'état aigu. Je suis loin de nier qu'il puisse exister un flux nasal non inflammatoire, et j'avoue que quelques faits m'ont paru de cette nature. Mais malheureusement les détails manquent; d'une part, on n'est pas sûr, en lisant les observations, que tous les symptômes inflammatoires aient manqué dans les phlegmatorrhagies nasales, et, de l'autre, il n'est pas toujours fait mention, à beaucoup près, de l'existence de ces symptômes dans des coryzas où la matière de l'écoulement était du mucus consistant et plus ou moins altéré. La preuve que la ligne de démarcation entre ces deux maladies est loin d'être tracée, c'est que le même fait a pu être placé par les uns dans les rhinorrhées, et par les autres dans les coryzas chroniques. C'est ce qui est arrivé pour l'observation citée par Morgagni (*De sed. et causis Morb.*, t. II, epist. XIV; 21, p. 119), et cet exemple est en effet bien propre à nous prouver combien ces deux états morbides ont d'affinité, puisque, chez la femme qui fait le sujet de cette observation, c'est après une assez longue durée d'un coryza chronique aussi bien caractérisé qu'on puisse le désirer, que l'écoulement abondant d'un liquide limpide, sans autre symptôme notable, se manifesta peu à peu. Ainsi donc, en attendant que l'observation ait mieux établi les limites qui séparent le coryza chronique d'une simple rhinorrhée, je les réunis sous la même dénomination, et cela avec d'autant moins

de scrupule que, sous le rapport pratique, la distinction est médiocrement utile, puisque le même traitement leur est applicable.

Les noms d'enchifrènement, de catarrhe nasal, de flux nasal, ont été plus particulièrement donnés au coryza chronique. Sauvages décrit un *coryza phlegmatorrhagica*, qui n'est autre chose que le flux nasal qu'on a appelé, dans ces derniers temps, rhinorrhée; il constitue sa seconde espèce.

Il n'est pas possible, dans l'état actuel de la science, de dire, même approximativement, quelle est la *fréquence* du coryza chronique; on ne peut pas davantage savoir dans quelle proportion de cas il succède au coryza aigu. Ce sont autant de questions qui ne peuvent être résolues que par de nombreuses observations. On peut seulement dire, d'une manière générale, que cette maladie n'est pas très-fréquente.

§ II. — Causes.

1°. *Causes prédisposantes.*

S'il nous a été difficile de trouver des causes prédisposantes au coryza aigu, il l'est bien plus encore quand il s'agit du coryza chronique; non qu'il soit avéré que ces causes échappent à nos moyens d'investigation, mais parce que les observations sont restées presque toujours muettes sur ce point, et que, selon toutes les apparences, on a négligé de recueillir les renseignemens nécessaires.

De tous les vices organiques indiqués comme prédisposant à cette maladie, le vice scrofuleux est le plus généralement admis, et de tous les âges, ce sont l'enfance et l'adolescence (où les scrofules se montrent le plus souvent), qui, suivant les auteurs, éprou-

vent le plus fréquemment le coryza chronique. Il n'y a sans doute rien que de très-vraisemblable dans cette opinion; mais en pathologie, il faut se garder d'ajouter une foi aveugle aux opinions les plus vraisemblables, et, en pareil cas, c'est encore un appel à l'observation que nous devons faire. Nous allons voir, dans le paragraphe suivant, que la suppression d'une sueur habituelle des pieds a produit dans plusieurs cas un coryza chronique; les personnes qui sont sujettes à cette transpiration locale doivent donc se regarder comme prédisposées à cette affection. En est-il de même de tout autre flux ancien, ou de la constipation, ou de la vie sédentaire? Je cherche des faits, et je ne trouve que des opinions.

2°. *Causes occasionnelles.*

Dans les cas où le coryza chronique ne succède pas au coryza aigu, quelles sont ses causes déterminantes? Suivant les auteurs, ce sont la disparition d'un exanthème, d'un flux ancien quelconque, et l'action de vapeurs, de poudres irritantes sur la membrane pituitaire. Mais d'après l'observation, parmi ces causes, il n'en est que deux dont l'action soit réellement constatée : la *suppression d'une sueur habituelle des pieds* et *l'usage immodéré du tabac à priser.* Quant à la première, M. Mondière en a fourni des exemples dans son *Mémoire sur la sueur habituelle des pieds et les dangers de sa suppression* (*Journ. l'Expérience;* 1838, n° 31, p. 489), et l'un d'eux est surtout très remarquable par la promptitude avec laquelle l'apparition du coryza a suivi la suppression de la transpiration partielle, par la longue durée de la maladie, et par sa prompte dispari-

tion dès que la sueur des pieds a été rappelée. Le docteur Courmette a aussi observé un cas dans lequel la liaison entre le coryza et la suppression de la transpiration est peut-être encore plus marquée. Il s'agit d'une demoiselle qui présentait des sueurs âcres très-considérables et bornées aux pieds et à la main gauche; toutes les fois que par une cause quelconque, ces sueurs étaient supprimées, il survenait un écoulement de sérosité très-âcre, et, chose remarquable, par la narine gauche seulement. (*Anc. Journ. de Méd.* t. LXXXII, p. 45, 1790.)

C'est en faisant abandonner l'usage du tabac à priser, qu'on s'est assuré qu'il était la cause occasionnelle du coryza chronique. Dans tous les cas, en effet, où il en était ainsi, l'inflammation de la pituitaire disparaissait rapidement dès que cette membrane cessait d'être en contact avec la poudre irritante. J'en ai vu un exemple très-remarquable chez une vieille femme qui avait l'habitude de prendre du tabac depuis plus de quarante ans; à l'âge de soixante-cinq ans environ, il lui survint un coryza qui dura plusieurs mois, et qui se dissipa en quelques jours, dès que l'usage du tabac fut suspendu. Peu de temps après, ayant voulu reprendre ses anciennes habitudes, elle fut de nouveau affectée d'un coryza rebelle, qui céda de la même manière, et ne se reproduisit plus lorsque la femme eut entièrement renoncé au tabac. Il est inutile de dire que pour qu'une pareille cause agisse efficacement, il faut une prédisposition toute particulière, et dont la nature nous est entièrement inconnue.

§ III. — Symptômes.

Dans le coryza chronique, la *sensation douloureuse*

qui résulte de l'inflammation de la pituitaire est très-variable, et même elle peut manquer tout-à-fait. Souvent il n'existe qu'un sentiment de gêne et d'obstruction des fosses nasales, avec pesanteur vers la racine du nez; dans quelques cas, les malades éprouvent des picotemens et un peu d'ardeur; mais, à moins qu'il ne survienne une exacerbation et que la maladie n'acquière momentanément un certain degré d'acuité, jamais la douleur n'est aussi vive que dans le coryza aigu.

Une augmentation notable de la *sécrétion nasale* est assurément le symptôme le plus saillant; mais la quantité et la qualité du produit sécrété sont extrêmement variables. Dans le plus grand nombre des coryzas chroniques, il y a un écoulement de mucus plus ou moins séreux, ayant un certain degré d'âcreté, et déterminant par son passage la rougeur des narines; c'est alors principalement qu'ont lieu l'ardeur des fosses nasales, les picotemens et les éternumens répétés. Dans d'autres cas, le mucus est plus épais, jaune ou verdâtre, ou même gris ardoisé, et il existe une tension, une pesanteur vers la racine du nez, avec enchifrènement, ou avec une sensation constante de gêne dans les narines; il y a simplement alors excrétion de petits fragmens de mucus concret, difficiles à détacher, et que souvent le malade est obligé d'attirer dans la gorge par de fortes aspirations, pour les rejeter ensuite en crachant. Enfin, et c'est là le coryza auquel on a donné le nom de rhinorrhée, l'écoulement est purement séreux, il n'a pas d'âcreté, ne détermine ni picotemens, ni tension, ni rougeur, et constitue à lui seul toute la maladie. Tel était le flux nasal dont Sauvages fut lui-

même affecté. Cet auteur rapporte (*Nosol.*, t. II, p. 376) que deux fois dans la nuit il lui survint, sans aucun symptôme de catarrhe, un écoulement par le nez, d'*une humeur limpide*, *lymphatique*, *abondante*, et, ajoute-t-il, *semblable à celle qui s'écoule pendant un froid intense*, *surtout chez les vieillards.* Il n'y avait, avec cet écoulement, aucun autre symptôme.

L'*odeur* du mucus excrété peut, dans quelques cas, être insupportable; le coryza constitue alors la maladie qui autrefois portait le nom de *fœtor narium*, *dysodia*, et que plus tard on a appelée *punaisie*, *odeur de punais.* Dans ces derniers temps, quelques auteurs ont voulu faire de cette espèce de coryza un véritable ozène; mais ils ont oublié que le mot ozène, bien qu'il n'ait été imposé à la maladie que pour désigner la mauvaise odeur du mucus excrété, n'a cependant été donné qu'à la *dysodie* qui s'accompagne d'ulcérations de la membrane pituitaire. Le coryza chronique, quelle que soit la puanteur qui s'exhale des fosses nasales, ne change réellement pas de nature; car l'odeur du mucus excrété n'est qu'une circonstance tout-à-fait accessoire. Mais dans les cas où cette odeur se manifeste, est-il prouvé qu'il n'existe aucune ulcération de la pituitaire? Je me bornerai à dire que malgré une exploration attentive, on n'a pu en découvrir aucune dans des cas cités par MM. Cazenave (de Bordeaux) et Trousseau; à l'article *diagnostic*, j'entrerai dans une discussion plus étendue à ce sujet. L'odeur de punais est très-fétide, insupportable; elle rend la maladie beaucoup plus sérieuse.

La *quantité* de mucus excrété est, comme je l'ai

déjà dit, très-variable. Chez les uns, en effet, le produit de la sécrétion est si peu abondant, qu'il se concrète sur les parois des fosses nasales, et forme des croûtes ou des pelotons irréguliers, qui ne peuvent être expulsés qu'en se mouchant avec effort, ou par un *reniflement* prolongé; chez les autres, au contraire, le liquide, limpide et transparent comme du serum, s'écoule goutte à goutte et sans interruption, de sorte que la perte peut être assez considérable pour déterminer un dépérissement général. C'est ce qui avait lieu chez la femme vénitienne observée par Morgagni (*de Sedib. et Caus.*, epist. XIV; 21, p. 119, t. II); elle perdait une demi-once de mucus nasal toutes les heures. Au bout d'un certain temps, cette femme *commençait à s'exténuer*, lorsqu'elle se présenta à Morgagni. C'est dans les cas regardés comme des rhinorrhées qu'a lieu cette excrétion si abondante. Règle générale : plus le mucus excrété est épais, moins il est abondant. Lorsque le malade est couché sur le dos, l'écoulement a lieu par l'ouverture postérieure des fosses nasales, et le mucus tombe dans le pharynx, d'où il est rejeté par l'expuition.

Le *goût* de la matière de l'écoulement est quelquefois salé, surtout quand il est limpide; parfois il est nauséabond; quelquefois aussi, mais très-rarement, le mucus est insipide.

Le coryza chronique, sauf l'amaigrissement et l'affaiblissement dont il vient d'être parlé, et qui n'ont été observés que rarement, ne s'accompagne pas de symptômes généraux, excepté aux époques des exacerbations qu'on observe dans la plupart des cas, et où la maladie revient momentanément à

l'état aigu, dont elle présente alors tous les symptômes.

Une remarque faite par M. J. J. Cazenave (de Bordeaux), c'est que les sujets affectés de coryza chronique, même très-léger, *n'ont pas la voix pure*, et se fatiguent promptement en parlant et en chantant. Au bout d'un temps très-court, les sons deviennent aigres et criards, et des picotemens incommodes qui excitent la toux se font sentir dans la gorge.

A cette description générale de la maladie je crois devoir joindre un exemple qui me paraît remarquable, en ce qu'il réunit les symptômes de la rhinorrhée et du coryza chronique proprement dit, et qu'il prouve par conséquent que ces deux états morbides ne sont pas aussi différens que quelques auteurs ont paru le croire. Je l'emprunte à M. James Black (*Guérison du Coryza par le cubèbe; the Lancet*, 1840):

OBSERVATION.

M. S., homme de lettres, âgé de trente-deux ans, menant une vie sédentaire, d'une santé généralement bonne, n'ayant jamais eu de maladie grave, fut pris, sans cause connue, d'un coryza dont, pendant quinze mois, il n'avait jamais été complétement débarrassé. Des tisanes variées, des bains, des fumigations, etc., moyens dont il avait fait usage avec la plus grande persévérance, étaient restés sans effet.

L'état du malade, lorsqu'il fut soumis à l'observation de M. J. Black, était le suivant : État général assez bon; toutefois le malade assurait qu'il était plus faible qu'avant sa maladie; sueurs abondantes au moindre exercice. Digestion assez bonne; intestins paresseux. Écoulement constant d'un liquide clair, incolore, par les fosses nasales; sentiment d'obstruction dans ces cavités, comme dans le coryza ordinaire. A certaines époques, l'abondance de l'écoulement augmentait beaucoup; tous les trois ou quatre jours, exacerbations vio-

lentes pendant lesquelles l'état du malade était vraiment déplorable; souvent il était obligé de vaquer à ses occupations avec un bassin à ses côtés, pour recevoir le liquide qui s'échappait des narines. Il y avait en même temps un éternument constant; l'ouïe était affectée; fréquemment il survenait de la céphalalgie. Ces exacerbations avaient lieu sans cause appréciable. Les plus grandes précautions contre le froid ne les prévenaient pas, et elles avaient lieu dans les plus chaudes journées d'été, aussi bien qu'au fort de l'hiver.

M. Black imagina de traiter son malade par le poivre cubèbe, et la maladie céda en peu de jours; il en fut de même d'une rechute intense. Je ne m'étendrai pas ici sur ce traitement, parce qu'il en sera longuement question à la fin de cet article.

Ainsi, chez le sujet de cette observation, on remarquait, 1° une sensation d'obstruction des fosses nasales avec des exacerbations pendant lesquelles l'ouïe était affectée, des éternumens très-fréquens, et souvent de la céphalalgie : symptômes et marche du coryza chronique; et 2° un écoulement de liquide clair, incolore, existant parfois sans autres symptômes, et déterminant un affaiblissement marqué : caractères de la rhinorrhée. Dans le cas cité sous le titre de coryza phlegmatorrhagique par le chevalier Sementini (*Journ. des Conn. méd. chir.*, 1837; extrait du *Repertorio med. chir. del Piemonte*), les symptômes de la rhinorrhée existaient seuls.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

La marche du coryza chronique est presque toujours très-lente. Cette affection *débute* ordinairement par des symptômes de coryza aigu, et c'est au moment où une amélioration marquée dans les symptômes peut faire croire que l'inflammation tend à une gué-

rison prochaine, que commence véritablement le coryza chronique. La maladie, une fois établie, est sujette à des *exacerbations* plus ou moins fréquentes, et dont la durée peut être plus longue que celle d'un coryza aigu ordinaire; on en voit des exemples dans les observations citées par les auteurs, et principalement dans la CXIV[e] observation de Joh. Jac. Wepfer (*Observ. medic. practicæ; de affect. capit.* Schaphusii, 1727). Pendant les exacerbations, qui quelquefois duraient plusieurs semaines, les symptômes étaient très-violens; le malade ne pouvait ni lire, ni écrire, ni supporter la lumière; il éprouvait une chaleur intense et une tension extrême dans la tête, etc.

La *durée* de la maladie est illimitée. On a cité des exemples qui prouvent qu'elle peut se prolonger pendant toute la vie des malades. En général, si un traitement efficace, ou la suppression de la cause productrice, ne viennent y mettre un terme, le coryza chronique n'a aucune tendance à guérir. Dans quelques cas, au contraire, après avoir employé sans succès un grand nombre de moyens thérapeutiques, on a vu la maladie, livrée à elle-même, diminuer d'abord peu à peu, puis disparaître complétement, sans qu'on ait pu en découvrir la cause. Ce fut le cas de la malade examinée par Morgagni, et dont l'observation a été répétée partout.

Cependant, malgré cette longue durée, et quels que soient les signes de dépérissement qui se sont manifestés chez certains sujets, on n'a cité aucun cas de *terminaison* funeste du coryza chronique.

§ V. — Lésions anatomiques.

Celles qui ont été trouvées après la mort, comme celles qu'on peut observer sur le vivant, par l'inspection attentive des fosses nasales, ne diffèrent pas sensiblement des lésions observées dans le coryza aigu, du moins d'après la description qu'on en trouve dans les auteurs. La *couleur* seule de la muqueuse épaissie et ramollie, se montre ordinairement un peu différente. C'est en effet dans les cas où le coryza a duré longtemps qu'on a trouvé les taches ardoisées qui sont les traces d'une inflammation ancienne, et qui donnent à la muqueuse un aspect marbré.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Le *diagnostic* du coryza chronique consiste uniquement à distinguer cette affection des autres maladies également chroniques qui peuvent affecter les fosses nasales. Aucune maladie étrangère à cette région ne saurait en effet être prise pour celle qui nous occupe. Je me bornerai donc à rechercher les différences qui existent entre le coryza chronique, l'impétigo des narines, le coryza ulcéreux, ou ozène, les polypes et le cancer des fosses nasales.

1°. L'*impétigo* peut être borné aux narines, et souvent alors il détermine, dans ses attaques successives, la plupart des phénomènes du coryza. Le nez devient douloureux, il offre de la tension et de la rougeur, la sécrétion du mucus est augmentée, il y a une certaine difficulté de respirer, des picotemens, des éternumens; puis se forment des croûtes noirâtres qui obstruent l'ouverture antérieure des fosses nasales. Comment donc distinguer cette ma-

ladie d'un coryza? En suivant avec attention la marche de la maladie, on voit que dans les intervalles des éruptions, la partie affectée prend parfois un aspect bien meilleur que dans le coryza, où, entre les exacerbations, l'inflammation reste toujours à un degré assez notable. Au début de l'éruption, on peut distinguer les pustules saillantes de l'impétigo; et enfin ces croûtes dont je viens de parler sont trop remarquables par leur épaisseur, leur abondance, leur ténacité, pour appartenir à une inflammation simple de la muqueuse. Je sais bien que plusieurs auteurs ont fait de la formation de ces croûtes un symptôme ordinaire du coryza; mais en examinant les observations, on est bientôt convaincu qu'il y a eu de la part de ces auteurs erreur de diagnostic, ou du moins confusion de deux maladies distinctes.

2° Lorsqu'il n'existe aucune fétidité dans le coryza, on ne saurait le confondre avec l'*ozène* proprement dit (rhinite ulcéreuse syphilitique ou non), qui a pour caractère l'odeur de punais exhalée par les narines. Mais de ce que cette fétidité existe, il n'en faut pas conclure qu'il y ait des ulcérations dans les fosses nasales. J'ai dit en effet que MM. Cazenave et Trousseau avaient cité des cas de punaisie où rien ne prouvait l'existence des ulcères. On peut se demander, il est vrai, si nos moyens d'exploration sont suffisans, et si on peut s'assurer, dans quelque cas que ce soit, qu'il n'y a pas un ou plusieurs de ces ulcères hors de la portée de la vue. C'est là une question insoluble dans l'état actuel de la science, et par conséquent il est impossible de se prononcer sans restriction sur ce point particulier de diagnostic. Aussi n'ai-je admis le coryza simple chronique avec

fétidité de l'haleine nasale, que provisoirement, et parce que rien ne démontre qu'il n'existe pas. C'est à l'observation à prononcer. Quoi qu'il en soit, on ne peut guère acquérir quelques notions positives sur la présence ou l'absence des ulcérations dans la *punaisie*, que par l'inspection directe ou à l'aide du crochet mousse, comme le fait M. Cazenave. La couleur, la consistance du mucus, la présence de quelques filets de sang dans les matières excrétées, ne sont pas des signes sur lesquels on puisse compter. Un seul, lorsqu'il se manifeste, ce qui n'a guère lieu que dans l'ozène syphilitique, permet de porter un diagnostic sûr sans le secours de l'inspection des cavités nasales : c'est l'affaissement des os propres du nez, leur crépitation, et leur expulsion par portions nécrosées. Lors donc que ces derniers symptômes n'existeront pas, il faudra recourir à l'examen des fosses nasales, suivant le procédé de M. Cazenave (de Bordeaux), procédé que je décrirai à l'occasion de l'ozène proprement dit. (*Voy.* plus loin l'article *coryza ulcéreux.*)

3° Lorsque *les polypes et le cancer des fosses nasales* ont fait de grands progrès, il est facile de les reconnaître; mais dans les premiers temps, il n'en est pas de même. Ces affections, en effet, peuvent commencer par de l'enchifrènement, un embarras marqué dans la respiration, un écoulement muqueux variable, en un mot par tous les signes de l'inflammation chronique. Comment alors les distinguer? Pour les polypes, une obstruction des fosses nasales, augmentant dans les temps humides, ou lorsqu'il y a congestion sanguine vers la tête, et souvent des saignemens de nez d'une abondance variable, sont

les signes distinctifs, tant que la vue et le toucher ne peuvent pas faire reconnaître l'existence du corps étranger. Pour le cancer, ces signes consistent dans une tuméfaction du nez, une rougeur plus ou moins étendue de la peau qui le recouvre, et des douleurs beaucoup plus vives que dans le coryza. La destruction d'une partie du nez ne tarde pas, dans ces derniers cas, à venir confirmer le diagnostic. Au reste, cette partie de l'histoire du coryza chronique, comme presque toutes les autres, a encore grand besoin d'être éclairée par l'observation exacte et méthodique. En attendant que des recherches approfondies aient été faites sur ce point important de pathologie, exposons dans un tableau ce que l'état actuel de la science permet de dire de plus positif.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1°. *Signes distinctifs du coryza chronique simple et de l'impétigo des narines.*

CORYZA CHRONIQUE SIMPLE.	IMPÉTIGO DES NARINES.
Inflammation continue, ou du moins persistance des symptômes à un degré notable dans *l'intervalle des exacerbations*.	Parfois guérison apparente dans *l'intervalle des éruptions*.
Pas de pustules au début des exacerbations.	*Pustules d'impétigo*, surtout au début des éruptions.
Point de *croûtes*. (On ne doit pas confondre le mucus concret avec de véritables croûtes.)	*Croûtes* épaisses obstruant les narines.

2°. *Signes distinctifs du coryza chronique simple, avec fétidité ou odeur de punais, et du coryza ulcéreux (ozène) non syphilitique.*

CORYZA CHRONIQUE SIMPLE.	CORYZA ULCÉREUX NON SYPHILITIQUE.
Mucus rarement teint de sang. (Signe douteux.)	Quelques filets de sang dans le *mucus*. (Signe douteux.)
Inspection; on n'aperçoit aucune *ulcération*.	*Inspection*; *ulcérations* de profondeur et d'étendue variables sur la pituitaire.

Le crochet mousse, étant introduit dans les fosses nasales, peut être promené dans tous les sens, *sans être arrêté par les bords d'une ulcération.*	L'extrémité du crochet mousse *est arrêtée par le bord saillant ou décollé d'une ou de plusieurs ulcérations.*

Ces deux derniers signes, lorsqu'ils sont positifs, ne laissent aucun doute; mais lorsqu'ils sont négatifs, il n'est pas parfaitement prouvé que le coryza soit simple, quoiqu'on ait bien des motifs de le croire. D'où il suit que le diagnostic du coryza chronique simple avec fétidité, et du coryza ulcéreux, n'est point positif dans toute la rigueur du mot.

Lorsque la fétidité n'existe pas, il n'y a pas de doute, le coryza est simple.

3° *Signes distinctifs du coryza chronique simple avec fétidité, et du coryza ulcéreux syphilitique (ozène syphilitique).*

CORYZA CHRONIQUE SIMPLE AVEC FÉTIDITÉ.	CORYZA ULCÉREUX SYPHILITIQUE. (OZÈNE SYPHILITIQUE.)
Inspection, ut suprà.	*Inspection,* ut suprà.
Le nez conserve *sa forme.*	Nez *déformé;* déprimé vers la racine.
Pas de *crépitation.*	*Crépitation* des os propres du nez.
Point de débris d'os dans le mucus.	*Portions d'os nécrosés* rendues avec le mucus.
Antécédens; absence de symptômes vénériens primitifs. (Douteux).	*Antécédens;* symptômes vénériens primitifs.
Pas d'autres *symptômes syphilitiques.*	Existence d'autres *symptômes de syphilis constitutionnelle,* tels que syphilides, ulcères, etc.

4°. *Signes distinctifs du coryza simple chronique et des polypes commençans.*

CORYZA SIMPLE CHRONIQUE.	POLYPES.
Simple *enchifrènement,* diminuant souvent après l'expulsion de masses de mucus concret.	*Obstruction* des fosses nasales, ne diminuant pas par l'expulsion du mucus; augmentant dans les temps humides et lorsqu'il y a congestion sanguine à la tête.

Plus tard l'exploration lève toutes les difficultés.

5°. *Signes distinctifs du coryza simple chronique et du cancer commençant des fosses nasales.*

CORYZA SIMPLE CHRONIQUE.	CANCER COMMENÇANT.
Tuméfaction du nez nulle ou très-médiocre.	*Tuméfaction* plus ou moins considérable du nez dans toute son étendue ou dans une partie seulement.
Pas de *rougeur* de la peau du nez, si ce n'est, dans quelques cas, à l'ouverture des narines.	*Rougeur* de la totalité ou d'une partie de la peau qui recouvre le nez.
Douleur nulle ou médiocre.	*Douleurs* quelquefois intenses.

Plus tard la destruction du nez, dans le cancer, vient lever tous les doutes.

Pronostic. D'après ce que j'ai dit de la terminaison de cette maladie, on peut juger que le pronostic n'est jamais très-grave. Mais pouvons-nous reconnaître à quelque signe si la maladie sera rebelle à nos moyens de traitement, et si le mucus, d'abord inodore, ou n'ayant qu'une faible odeur fade, a de la tendance à devenir fétide? L'inflammation d'abord simple de la pituitaire, peut-elle prendre un mauvais caractère et devenir ulcéreuse? Il vaut mieux avouer notre ignorance sur tous ces points que de nous exposer à émettre de fausses assertions, car l'observation nous fait complétement défaut.

§ VII. — Traitement.

Traitement du coryza causé par des causes spéciales.

Lorsqu'il est devenu évident que le coryza est passé à l'état chronique, lorsqu'on est bien sûr qu'il ne s'agit pas de plusieurs atteintes successives de coryza aigu, on doit avant tout rechercher si la maladie n'est pas due à une cause appréciable. Si, en effet, une de ces causes, comme la disparition de la transpiration des pieds, ou l'usage immodéré du

tabac, était bien constatée, il serait inutile de recourir à un autre traitement qu'à la suppression de la cause elle-même. Ainsi, si l'on avait lieu de soupçonner que *l'action du tabac* a déterminé et entretient l'inflammation chronique de la pituitaire, il suffirait d'en prohiber l'usage, et d'employer quelques lotions émollientes, pour voir l'écoulement, et avec lui tous les autres symptômes, disparaître en peu de jours.

S'il s'agit d'une *suppression de la transpiration des pieds*, on mettra en usage le traitement suivant, qui constamment a réussi entre les mains de M. Mondière (*loc. cit.*).

PREMIÈRE ORDONNANCE.

Coryza causé par la suppression d'une transpiration habituelle des pieds.

TRAITEMENT DE M. MONDIÈRE.

1°. Le malade couvrira ses pieds avec d'épaisses chaussettes de laine, par-dessus lesquelles il mettra des chaussettes de taffetas gommé, doublées à l'extérieur de calicot, afin de leur donner plus de solidité. (Par ce moyen simple, on rétablit la transpiration, qui est quelquefois si abondante, que M. Mondière a vu des malades être obligés de changer cinq ou six fois par jour leurs chaussons de laine, pour maintenir la transpiration.)

2°. Si ce moyen ne suffit pas, on fera prendre, le soir, au malade, des bains de pied, de sable chaud, de la manière suivante :

Faites recouvrir de plusieurs doubles d'étoffe de laine les pieds et le bas des jambes du malade, et, ces parties étant introduites dans un baquet, remplissez-le de sable aussi chaud qu'on pourra le supporter.

Ces bains doivent être prolongés d'une demi-heure à une heure. Immédiatement après le bain, recouvrir les pieds avec la chaussure ci-dessus indiquée.

3°. Se couvrir le corps de flanelle; éviter le froid et l'humidité.

Dans un cas fort remarquable cité par M. Mondière (obs. VIII), il a fallu *six bains* de sable chaud

pour rappeler la transpiration des pieds et faire cesser un coryza qui durait *depuis douze ans.*

Dans le cas où l'on pourrait croire que la maladie est due à la *suppression d'un autre flux*, il faudrait employer des moyens appropriés, que je ne crois pas devoir indiquer ici, parce qu'il n'est pas démontré que des cas semblables se soient réellement présentés à l'observation, et que d'ailleurs, dans le cours de cet ouvrage, j'aurai occasion d'indiquer la manière de rappeler les divers flux supprimés.

Traitement du coryza chronique offrant quelques restes d'acuité.

Dans le cas où il n'existerait aucune cause appréciable, il faudrait rechercher si le coryza ne présente pas quelques symptômes d'acuité, car c'est par eux qu'on devrait commencer le traitement. De simples émolliens, quelques minoratifs, de légers sudorifiques, et des rubéfians portés sur les extrémités, sont les moyens généralement usités. Il suffit de les grouper dans la prescription suivante :

DEUXIÈME ORDONNANCE.

Coryza chronique offrant quelques symptômes de l'état aigu.

1°. Pour tisane :

℞ Fleurs d'œillet...........................	3 grammes.
Eau bouillante...........................	1 litre.

Faites nfuser pendant un quart d'heure et passez.
Édulcorez avec le miel de sureau, selon la formule suivante :

℞ Fleurs de sureau........................	360 grammes.
Miel despumé...........................	750 grammes.

Faites bouillir, passez et évaporez.

Prendre cette boisson ainsi édulcorée, par petites tasses, dans la tournée.

2°. Huit ou dix fois par jour aspirer, par les narines, du lait tiède

coupé avec moitié d'eau (Sauvages), ou bien faire matin et soir une fumigation émolliente ou balsamique (Martin-Solon).

3°. Un minoratif; le suivant par exemple :

℞ Séné...................................	30 grammes.
Eau bouillante.........................	240 grammes.

Passez au bout d'une demi-heure et ajoutez :

Manne...............................	30 grammes.

Faites dissoudre.

A prendre en deux fois, le matin à jeun, à une demi-heure d'intervalle.

4°. Un pédiluve sinapisé tous les soirs; le malade devra y rester vingt minutes.

5°. Se couvrir le corps de flanelle; éviter le froid et l'humidité. S'abstenir de mets épicés et de liqueurs fortes.

Il est impossible de dire d'une manière absolue quelle est l'efficacité de ce traitement, des études suffisantes n'ayant pas été faites à ce sujet. Dans la plupart des observations que nous possédons, il a été employé sans succès; mais faut-il en conclure qu'il a presque toujours échoué? Non sans doute, et par une raison bien simple. Les auteurs, lorsqu'ils ont cité des observations, ne l'ont guère fait que pour prôner un traitement particulier, et pour cela ils ont choisi les cas où les moyens ordinaires ayant été inutiles, leur nouveau moyen a réussi. Quant aux cas où le traitement ordinaire a eu du succès, il n'en est pas fait mention. Dès lors que pouvons-nous savoir? Voilà néanmoins comment on a presque toujours cherché à résoudre les questions thérapeutiques!

Si la prescription précédente restait sans effet, on pourrait recourir à des moyens à peu près semblables, mais un peu plus énergiques; d'où l'ordonnance suivante :

TROISIÈME ORDONNANCE.

1°. Pour tisane, infusion de violette, à boire chaude et par grandes tasses.

2°. Exposer, deux fois par jour, les fosses nasales à la vapeur du vinaigre projeté sur un fer rouge. (Etmuller; c'est surtout lorsque le mucus est très-épais que cette fumigation doit être employée.)

3°. Appliquer un vésicatoire ou un cautère à la nuque. (Wepfer).

4°. Le soir, cataplasmes sinapisés aux deux jambes.

5°. Deux ou trois fois par jour, faire usage du masticatoire suivant :

℞ Racine de pyrèthre..................	āā 4 grammes.
Mastic..............................	

Pour trois mastications. Il faut recommander aux malades de mâcher continuellement ces substances, pendant un quart d'heure environ, en ayant bien soin de rejeter la salive qu'elles font affluer dans la bouche.

6°. Précautions hygiéniques comme dans la prescription précédente.

L'usage du *masticatoire* a été conseillé pour opérer une dérivation puissante sur la muqueuse buccale, et pour ouvrir une autre voie au liquide qui s'écoule en abondance par le nez; c'est pour remplir les mêmes indications que l'emploi du tabac à fumer a été prescrit. « L'un de nous, disent les auteurs de l'article *coryza* du *Dictionnaire de Médecine*, a, dans un cas de coryza intense et rebelle à tous les autres moyens, conseillé avec succès l'usage journalier de la pipe à tabac. »

Traitement par les topiques.

Dans ces derniers temps, où le traitement des inflammations des muqueuses par les topiques a été si fréquemment employé, on n'a pas négligé de l'appliquer à la muqueuse nasale. MM. Cazenave et Trousseau ont surtout préconisé l'efficacité de ces moyens, et ont fourni, pour preuve, des observations assez nombreuses. Voyons d'abord la manière dont M. Trous-

seau traite le coryza chronique. « Les phlegmasies chroniques de la membrane muqueuse olfactive accompagnaient, dit-il, suivaient ou précédaient si souvent celles de la peau ; *on les voyait si fréquemment débuter par une maladie cutanée*, qui d'abord occupait la lèvre supérieure ou l'ouverture antérieure du nez, pour pénétrer ensuite au dedans, que je dus penser tout d'abord à leur opposer les mêmes moyens thérapeutiques que ceux dont l'efficacité avait été si souvent constatée dans le traitement des maladies de la peau. » (*Nouveau traitement de la Punaisie* (*ozène*) *et du Coryza chronique*; *Journ. des Conn. méd. chir.*, t. II, p. 294, mai 1835.)

Ces premières considérations nous font d'abord connaître une circonstance fâcheuse, c'est que plusieurs maladies différentes ont été confondues. On a vu, à l'occasion du diagnostic de l'impétigo et du coryza chronique, que bien qu'il y ait dans ces deux maladies des symptômes communs, il existe cependant des différences notables; or, comme il est évident, d'après les paroles de M. Trousseau, que les affections de la peau, propagées à la muqueuse nasale, ont été prises par lui, comme au reste par presque tous les auteurs, pour des coryzas, il s'ensuit que le traitement a été appliqué à des maladies diverses, ce qui nous empêche de connaître positivement l'efficacité de ce traitement, dirigé contre le coryza en particulier. Voici les moyens recommandés par M. Trousseau :

TRAITEMENT DE M. TROUSSEAU.

Voulant combattre principalement la maladie de la peau, c'est au mercure que ce médecin a d'abord recours. Il emploie

une poudre et une solution. La poudre est ainsi composée :

Poudre mercurielle.

℞ Protochlorure de mercure (précipité blanc.)........................ 1,20 grammes.
Oxide rouge de mercure.............. 0,60 grammes.
Sucre candi en poudre................ 16,00 grammes.
M. exactement.

Chez les enfans, le médecin, ou la personne chargée de donner des soins au petit malade, insufflera la poudre à l'aide d'un tube; les adultes l'aspireront eux-mêmes. L'insufflation ou l'aspiration doit avoir lieu six ou huit fois par jour, après que les fosses nasales ont été débarrassées, à l'aide de lotions, des mucosités concrètes qui les tapissent. Une pincée de la poudre est suffisante pour chaque aspiration.

« Il est assez ordinaire, ajoute M. Trousseau, que la pou« dre, entraînée par l'inspiration, soit portée dans l'arrière« gorge, mêlée aux mucosités qui y arrivent lentement et « successivement. Si les malades avalaient ces mucosités, il « pourrait en résulter d'assez graves inconvéniens : des nau« sées, des coliques, de la diarrhée, et, ce qui est bien pis, « la salivation mercurielle. Je n'ai jamais vu ces accidens se « produire, parce que j'ai constamment recommandé aux « personnes soumises à ce traitement de rejeter par l'expui« tion le mucus qui tombait dans la gorge. » Cette sage recommandation ne devra jamais être omise par le praticien.

Si la poudre ne produit pas des effets satisfaisans, on aura recours à la solution dont voici la formule :

Solution de sublimé.

℞ Deutochlorure de mercure................ 8 grammes.
Faites dissoudre dans :
Alcool rectifié........................ Q. S.
Ajoutez :
Eau distillée........................ 380 grammes.

Il faut bien se garder d'employer cette solution pure; elle déterminerait des accidens fort graves; ainsi l'on mettra :

De la solution précédente une ou deux cuillerées à café,
Dans :
Eau chaude.................................. un verre.
Pour deux aspirations, ou mieux deux injections par jour.

Cette dose, indiquée par M. Trousseau, est néanmoins un peu modifiée, dans un autre passage de son article, car il dit : « On commence par une très-faible dose, et à mesure que diminue la susceptibilité de la membrane olfactive, on augmente la dose proportionnelle du sublimé, de manière à provoquer toujours une légère cuisson et un peu de larmoiement. Lorsque le mal semble être guéri, on diminue progressivement la quantité du sublimé, et l'on arrive insensiblement jusqu'à ne plus faire que des injections d'eau pure chaude. »

Doses. — Cette dernière manière de doser le médicament est la plus prudente; c'est pourquoi on commencera par *un quart de cuillerée à café*, et ainsi de suite, toujours dans la même quantité d'eau : *un verre.* Il n'est pas nécessaire de dépasser la dose de deux cuillerées à café, cette quantité ayant toujours une action marquée.

Pour prévenir les récidives qui, suivant M. Trousseau, sont faciles, principalement en hiver par les vents secs et froids, et chez les femmes, au moment de l'époque menstruelle, cet auteur prescrit l'usage de la poudre mercurielle, trois ou quatre jours pendant cinq ou six mois.

Le défaut de diagnostic précis empêche, comme je l'ai déjà dit plus haut, de savoir positivement à quoi s'en tenir sur l'efficacité réelle de ces moyens. Cependant M. Trousseau cite quelques cas où, bien qu'il existât une fétidité marquée, rien ne prouvait qu'on eût affaire à une autre maladie qu'à un coryza simple, et où le succès fut complet; mais M. Cazenave en cite aussi quelques uns où ce traitement a échoué, en sorte que tout ce qu'il est permis de dire, en l'absence de recherches plus positives, c'est que, dans certains cas indéterminés, le traitement précédent a très-bien réussi.

Avant M. Trousseau, M. le docteur Cazenave (de Bordeaux) s'était occupé particulièrement du coryza

chronique et de l'ozène; le traitement qu'il a appliqué à ces deux affections est identiquement le même; en sorte que je crois devoir en renvoyer la description à l'article *coryza ulcéreux ou ozène.* Je dirai seulement ici que, dans des cas où les moyens de M. Trousseau avaient été inutilement employés, M. Cazenave a obtenu une guérison complète à l'aide de la cautérisation par le nitrate d'argent qui forme la base de son traitement. Aussi M. Trousseau lui-même dit-il qu'aussitôt qu'on aura lieu de penser que les injections ou les insufflations de poudre mercurielle n'ont point sur la maladie l'action qu'on devait en attendre, il faut recourir à la cautérisation telle qu'elle est pratiquée par M. Cazenave.

Traitement par le poivre cubèbe uni au carbonate de fer.

Dans l'observation de M. J. Black, citée plus haut, nous avons vu un exemple de guérison du coryza chronique par le poivre cubèbe. Il importe donc de donner quelques détails sur la manière dont le traitement a été dirigé. M. Black jugea d'abord à propos de combiner le cubèbe avec le carbonate de fer, et il fit la prescription suivante :

℞ Poivre cubèbe...........................	6 grammes.
Carbonate de fer.............	1,3 grammes.

M. Divisez en trois paquets, à prendre, dans du pain à chanter, pendant la journée, à des distances égales.

Au bout de trois jours de ce traitement, les symptômes s'amendèrent beaucoup, l'écoulement nasal diminua, et la maladie marcha vers la guérison, non toutefois sans quelques légères rechutes. On diminua alors peu à peu la dose de la poudre. Au

bout de quelque temps, une rechute ayant eu lieu, la maladie reprit sa première intensité.

Traitement par le poivre cubèbe seul.

M. Black voulut savoir si c'était réellement au poivre cubèbe ou au carbonate de fer qu'il fallait rapporter la suppression de l'écoulement. Le carbonate de fer, ayant d'abord été prescrit pendant une semaine, ne produisit aucun effet; alors le poivre cubèbe seul fut employé, et eut une action remarquable. L'écoulement diminua immédiatement, et disparut au bout de quinze jours; cinq mois après, il n'avait pas reparu. On continua l'administration du poivre cubèbe pendant quinze jours après la cessation de tous les symptômes.

Bien que cette expérience ait besoin d'être répétée pour qu'on puisse porter un jugement définitif, toujours est-il que ce qui a eu lieu dans ce cas intéressant doit engager les praticiens à recourir à ce moyen, lorsque l'écoulement est limpide et abondant, et ne peut pas être tari par les divers traitemens indiqués plus haut.

L'action du cubèbe sur cet écoulement nasal assimile celui-ci à l'écoulement urétral chronique, à la blennorrhée. Il sera donc permis d'essayer quelques moyens qui réussissent dans cette dernière maladie. Ainsi l'on pourrait prescrire *le baume de copahu et les injections astringentes*. Mais ce n'est là qu'une indication que je donne en passant, afin que l'observation et l'expérimentation puissent nous éclairer plus tard.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° Combattre les causes spéciales, s'il en existe; rappeler la transpiration habituelle des pieds, faire cesser l'usage du tabac à priser, etc.; 2° légers sudorifiques; émolliens; minoratifs; rubéfians aux extrémités; fumigations légèrement irritantes vers les fosses nasales; masticatoires irritans; 3° médication topique proprement dite : poudres ou solutions mercurielles (Trousseau), cautérisation par le nitrate d'argent (Cazenave); 4° emploi du poivre cubèbe (Black), ou d'autres moyens propres à tarir, par voie indirecte, les écoulemens muqueux.

APPENDICE.

Fétidité des narines; punaisie; dysodie (Sauvages).

Je crois devoir dire un mot de ce symptôme dans un article à part, parce que plusieurs auteurs en ont fait une maladie particulière et indépendante de toute inflammation et ulcération des fosses nasales, et parce que, dans certains cas de punaisie, il est assez difficile de dire s'il existe ou non un coryza soit simple, soit ulcéreux.

Dans les cas précédemment mentionnés, et dans ceux qui sont relatifs à des sujets adultes et bien conformés, nul doute que l'irritation hypercrinique ne fût la cause de la punaisie comme des autres symptômes; mais chez certains individus qui ont une mauvaise conformation des fosses nasales, chez les *camards*, ou chez les enfans dont la racine du nez est déprimée, une inflammation chronique de la pituitaire est-elle nécessaire pour la produire? Si l'on en croit Sauvages, il n'en est nullement be-

soin. Dans son article *Dysodia*, *puanteur*, cet auteur consacre un paragraphe à ce qu'il appelle *Dysodia à rhinostenote*, qu'il définit ainsi : Fétidité des narines, due à la rétention prolongée du mucus, ou *de l'air*, par suite de l'étroitesse de ces cavités.

D'abord il est évident que la rétention prolongée de l'air est contraire aux lois physiologiques; mais poursuivons.

D'après Sauvages, l'étroitesse des fosses nasales est multiple : 1° *Nares sunt resimæ;* c'est-à-dire que le nez est déprimé vers sa racine (punaisie des camards); 2° les fosses nasales sont obstruées par un polype, un sarcôme, ou du mucus épaissi; 3° elles sont obstruées par une excroissance ou une fluxion. On voit que les cas seuls de la première catégorie peuvent être regardés comme offrant une fétidité essentielle des narines; mais le fait est-il fondé sur l'observation? il est impossible de le dire, puisque nous n'avons que l'assertion de Sauvages.

D'après ces considérations, il est peu important d'examiner séparément ce symptôme; car, d'une part, ce que nous connaissons du traitement du coryza chronique simple et du coryza chronique ulcéreux, prouve qu'il n'est nullement besoin de moyens particuliers pour combattre l'odeur qui s'exhale des narines, ce symptôme disparaissant le premier, lorsqu'on réussit à guérir le coryza; et de l'autre, il n'est pas parfaitement prouvé que, même chez les camards et chez les jeunes enfans, il ne faille pas un certain degré de coryza, et peut-être même des ulcérations, pour donner lieu à la punaisie. Je vais toutefois rapporter ce que Sauvages nous apprend à propos du traitement :

« Si, dit-il, la dysodie est due à la dépression des fosses nasales, elle est incurable, et tout ce qu'on peut faire, c'est d'employer les moyens palliatifs suivans :

QUATRIÈME ORDONNANCE.

Moyens palliatifs contre la punaisie.

1°. Chaque jour, inspirer à plusieurs reprises de l'eau tiède, rendue odoriférante (avec l'essence de menthe, un peu d'eau de Cologne, etc.), de manière à débarrasser les fosses nasales du mucus odorant qui les obstrue.

2°. Faire usage du tabac à priser; inspirer par les narines d'autres poudres odoriférantes, ou enduire ces cavités d'une pommade contenant des odeurs.

3°. On peut joindre à ces moyens palliatifs la substance reconnue aujourd'hui comme le désinfectant par excellence, *le chlore*. Ainsi l'on aspirera cinq ou six fois par jour de l'eau tiède dans laquelle on aura mis *un sixième de chlorure de chaux liquide*.

Ajoutons que tous ces moyens n'ont qu'un effet momentané, tandis que la cause de la fétidité est incessante; en sorte qu'ils ne constituent que de faibles palliatifs. Dans les cas où la dysodie était due à un coryza, ils n'ont point eu de succès réel, tandis que le symptôme disparaissait promptement dès qu'on commençait à se rendre maître de l'inflammation chronique.

Chez les jeunes enfans qui ont une dysodie par suite de la dépression de la racine du nez, il est permis, suivant Sauvages, d'attendre la guérison du temps. Lorsque l'enfant avance en âge, la racine du nez s'élève, les fosses nasales prennent de l'ampleur, l'air trouve un passage plus libre, et le mucus, moins épais, s'échappe plus facilement. Ce sont là autant d'assertions qui, comme tant d'autres que j'ai déjà signalées, et celles que j'aurai encore à signaler en

nombre infini, doivent être soumises à une observation rigoureuse.

ARTICLE IV.

CORYZA ULCÉREUX (*Rhinite ulcéreuse; ozène*).

Cette maladie est fort anciennement connue non seulement dans ses symptômes, si faciles à constater, mais encore dans ses lésions. Le nom d'ozène a été en effet imposé par les Grecs à une affection qui consiste dans un ou plusieurs ulcères des fosses nasales, dans la présence de croûtes nombreuses dans ces cavités, et dans l'exhalaison d'une odeur fétide par les narines. (*Voy.* Celse, *de Remed.*, lib. IV, cap. v, sect. I.) Néanmoins plusieurs auteurs, et principalement des auteurs modernes, ont étendu au delà de ces limites le cercle de cette maladie : ils ont donné le nom d'ozène à toute affection des fosses nasales qui produit une odeur très-fétide. C'est là une erreur qui, bien qu'autorisée par l'étymologie, ne saurait être imitée, et qui n'a point été commise par les célébrités médicales de l'autre siècle. La fétidité de l'air expulsé par les narines ne constitue qu'un simple symptôme commun à plusieurs maladies très-différentes; et même, si l'on en croit les anciens, et en particulier Sauvages (*Voy.* pag. 127), cette fétidité peut exister sans aucune lésion de la membrane pituitaire, et ne reconnaître pour cause qu'un simple vice de conformation des cavités nasales. Aussi Laz. Rivière, Fernel, Sauvages, Wepfer, etc., etc., ont-ils distingué avec soin la maladie à laquelle ils ont donné les noms de *fœtor narium*, *dysodia*, de l'ozène proprement dit, ou *ulcère fétide*. Percy et Laurent (*Dict. des Scien. médic.*,

t. XXXIX, p. 71, 1819, art. *Ozène*) définissent l'ozène : « Une *ulcération* de la muqueuse des fosses nasales, du *voile du palais*, et du *sinus maxillaire*, qui, versant un pus fétide, imprègne l'air qui se trouve en contact avec lui d'une odeur si rebutante qu'on l'a comparée à l'exhalaison insupportable que répand une punaise écrasée, d'où le nom de punais. »

Faut-il admettre sans restriction la définition de ces deux auteurs? Je ne le pense pas. On trouve un assez grand nombre d'observations dans lesquelles l'existence des ulcérations paraît bien démontrée, sans que toutefois il y ait eu la fétidité des narines, si repoussante dans l'ozène. Ce sont là les ulcères bénins ou simples de quelques chirugiens. (Deschamps, *Dissert. sur les Malad. des fosses nasales*, an XI, pag. 189 et suiv.; Boyer, *Traité des Mal. chir.*, t. VI, pag. 97 et suiv.) Fallait-il faire des ulcères fétides et non fétides, deux maladies distinctes ? Non évidemment; car dans les descriptions qui nous ont été laissées, nous ne trouvons dans ces lésions, à part la fétidité, aucun caractère qui puisse faire distinguer l'ulcère fétide de celui qui ne l'est pas. La fétidité est donc un phénomène que nous ne pouvons rapporter à aucun état particulier de la lésion matérielle; c'est pour ainsi dire un simple accident. Bien plus, on voit, dans certaines observations, des ulcères, d'abord peu douloureux et ne donnant lieu à aucune odeur fétide, bénins par conséquent, changer de caractère au bout d'un certain temps, et prendre tous ceux des ulcères malins qui constituent l'ozène proprement dit. D'après tous ces motifs, j'ai cru devoir, sous le titre de coryza ulcéreux, ou rhinite ulcéreuse,

faire l'histoire des ulcérations des fosses nasales quelles qu'elles soient, me réservant d'exposer dans chaque article ce qu'il peut y avoir de spécial dans l'ozène proprement dit. Cette manière d'envisager le sujet est nouvelle; mais elle ne diffère pas de celle qui est aujourd'hui généralement adoptée pour les diverses lésions des autres muqueuses. Pour n'en citer qu'un exemple, je dirai qu'on divise la laryngite en autant d'espèces qu'il y a de lésions fondamentales: ainsi nous avons la laryngite simple, aiguë et chronique, et la laryngite ulcéreuse, qui correspondent parfaitement au coryza simple et au coryza ulcéreux dont je trace l'histoire. Cette division a donc déjà pour elle l'analogie; mais, ne l'eût-elle pas, il ne faudrait pas moins la proposer, à cause de sa simplicité et de l'ordre logique dans lequel elle présente les faits.

§ Ier. — Définition; espèces; synonymie; fréquence.

D'après ce qui vient d'être dit, on doit donner le nom de coryza ulcéreux, ou mieux de rhinite ulcéreuse, à toute ulcération de la muqueuse nasale. Il faut toutefois en excepter les cancers ulcérés, par la raison que ces affections, d'une nature toute particulière, attaquent les parties beaucoup plus profondément, et sont moins caractérisées par l'ulcération à laquelle elles donnent lieu, que par la dégénérescence des tissus, qui la précède.

Si l'on s'en rapporte aux opinions des auteurs, on peut admettre trois *espèces* distinctes de coryza ulcéreux : 1° Coryza ulcéreux simple (ulcères bénins); 2° coryza ulcéreux malin (ulcères malins); 3° coryza ulcéreux syphilitique (ulcères syphilitiques); ces

deux derniers seuls présentent une odeur fétide des narines qui leur a valu le nom d'ozène. Je ne mentionne pas ici les ulcères scorbutiques de la pituitaire, qui constituent une espèce distincte dans les anciens auteurs, parce que je n'ai trouvé nulle part la preuve qu'il y eût quelque chose de particulier dans ces ulcères, et que leur nature scorbutique n'est pas démontrée.

Quand on a lu les observations et les descriptions pathologiques avec attention, on ne peut se défendre de quelques doutes sur l'existence de la première espèce. Que l'on consulte en effet l'ouvrage de Boyer qui l'a longuement décrite, et l'on verra que les caractères qu'il lui donne peuvent très bien s'appliquer à l'impétigo des narines, quoiqu'il ait négligé de rechercher la présence des pustules caractéristiques en pareil cas. Si donc, dans ma description, je traite à part du coryza ulcéreux simple, c'est uniquement parce qu'il existe quelques observations dans lesquelles, sans qu'on soit sûr qu'il n'existait pas un impétigo, on ne retrouve pas tous les caractères de l'ozène proprement dit, et surtout la fétidité. J'expose l'état de la science, tout en signalant les lacunes que l'observation a encore à combler.

Quant aux deux autres espèces, leur traitement peut présenter des différences notables; c'est assez dire de quelle importance il est pour le praticien d'avoir leurs caractères différentiels toujours présens à la pensée. Aussi rechercherai-je avec le plus grand soin ce qui appartient à l'une et à l'autre.

Le *coryza ulcéreux* a reçu un assez grand nombre de noms différens, dont j'ai déjà eu occasion de mentionner plusieurs; les plus répandus sont les

suivans : *Rhinite ulcéreuse; ulcères bénins ou simples; ulcères malins; ulcères syphilitiques; fétidité des narines; punaisie; ozène; ozène ulcéreux; ozène syphilitique; ozène vénérien.*

La *fréquence* du coryza ulcéreux ne peut être déterminée d'après des recherches positives. Sans doute on trouve un très-grand nombre d'exemples de cette maladie dans les auteurs anciens et modernes; mais il n'en faut pas conclure qu'elle doive être rangée parmi les plus fréquentes. Elle a en effet fixé dans tous les temps l'attention des médecins, et il n'est pas extraordinaire qu'on en ait rassemblé beaucoup d'observations. Tout ce qu'il est permis de dire, c'est qu'elle n'est point rare. Des trois espèces indiquées plus haut, la plus fréquente, sans contredit, est la dernière, c'est-à-dire l'ozène syphilitique. Non seulement les exemples d'ulcères vénériens abondent, mais encore les résultats du traitement doivent nous faire admettre que dans un bon nombre de cas, où la nature de la maladie n'a pas été formellement indiquée, la lésion était due au virus syphilitique.

§ II. — Causes.

1°. *Causes prédisposantes.*

Il est extrêmement difficile de découvrir, dans les faits que possède la science, des causes prédisposantes bien positives. Voici quels sont les renseignemens les plus précis que nous fournissent les observations :

Suivant les auteurs, les *âges* les plus exposés à l'ozène ulcéreux sont l'enfance et l'adolescence. Les observations que j'ai sous les yeux sont presque

toutes relatives à des sujets qui ont moins de trente ans, mais je n'en trouve pas au-dessous de dix ans. Il en existe peut-être qui me sont inconnues; mais comme j'ai consulté un très-grand nombre d'auteurs, on doit admettre que la maladie est rare dans les premières années de la vie. Un fait rapporté par M. J. J. Cazenave (*Gazette Médic.*, juillet 1839, nº 28, pag. 445) est fort remarquable sous le point de vue de l'âge du sujet: « M. N..... le père, dit cet auteur, fut punais jusqu'à l'âge de vingt-cinq ou vingt-six ans, et guérit sans traitement aucun. » Ce fait semble confirmer l'opinion des auteurs, puisque, selon toutes les apparences, la guérison a été due aux progrès de l'âge. Toutefois il faut ajouter que les choses ne se passent pas ordinairement ainsi, et qu'à moins d'être guéri par un traitement efficace, l'ozène persiste indéfiniment. Peut-être aussi ne s'agissait-il, dans le cas qui vient d'être cité, que de la punaisie (*Voy.* pag. 127) des camards, et non d'un coryza ulcéreux fétide.

Le *sexe* a-t-il quelque influence sur la production de l'ozène? C'est ce qu'on ne saurait dire dans l'état actuel de la science.

Ayant admis un ozène scrofuleux, on a dû regarder nécessairement le *tempérament lymphatique* comme offrant des circonstances favorables au développement de cette maladie. Mais les auteurs n'ont émis à ce sujet que de simples assertions, et l'on chercherait en vain un nombre suffisant de faits détaillés qui prouvent rigoureusement que les scrofules sont une cause prédisposante de l'ozène. Toutefois nous savons que les scrofuleux sont sujets à des inflammations chroniques du nez, et, par con-

séquent, il n'est pas permis de nier ou d'affirmer que ces inflammations puissent dégénérer en ozène. L'opinion des auteurs n'est donc point invraisemblable; seulement, je le répète, elle n'est pas mise entièrement hors de doute.

On a aussi décrit un *ozène scorbutique*, d'où il suivrait que ceux qui présentent quelques signes de scorbut, seraient plus que les autres sujets à l'ozène; mais la preuve de cette assertion n'existe nulle part.

Ce que j'ai dit plus haut de la confusion qui s'était introduite dans le diagnostic du coryza ulcéreux et de l'impétigo des narines, suffit pour nous faire rejeter l'existence de l'*ozène dartreux*.

Plusieurs faits pourraient être cités en faveur de l'*hérédité* dans cette maladie. Ainsi, dans le cas de M. Cazenave, cité plus haut, on voit le père et le fils être atteints de cette affection, tous deux ayant une dépression marquée de la racine du nez. Mais des recherches assez exactes n'ont pas encore été faites sur ce point pour qu'on puisse savoir quel est le degré d'influence de cette cause, et même si elle existe réellement; car dans les cas où on l'a signalée il pouvait y avoir une simple coïncidence. On a généralement admis que les sujets qui avaient une dépression marquée de la racine du nez et les narines écrasées étaient fréquemment atteints de l'ozène.

Les individus *très sujets au coryza simple* sont-ils plus disposés que d'autres à être affectés de coryza ulcéreux? C'est encore une question qu'il faut joindre aux nombreuses questions à étudier. Quelques auteurs ont néanmoins prétendu que cette cause existait réellement, mais je n'ai pas trouvé les faits sur lesquels ils se sont appuyés.

2°. *Causes occasionnelles.*

L'ozène est-il *contagieux?* Rien ne le démontre positivement. Cependant on trouve dans les *Éphémérides des Curieux de la Nature* un fait qui peut inspirer quelques doutes à cet égard, et qui mérite d'être signalé. Staudigelius rapporte (*Ephem. nat. cur.*, dec. an., VII et VIII, observ. CXCV, *De Ozœnâ in quatuor fratribus*) que les quatre fils d'un paysan furent pris dans la même semaine d'un ozène avec fétidité insupportable. Cependant il faut ajouter qu'au moment où la maladie se déclara avec le plus de force, ces enfans n'étaient point rassemblés, en sorte qu'on peut expliquer cette simultanéité de l'apparition de l'ozène soit par une contagion qui n'aurait donné lieu à des symptômes assez marqués pour attirer l'attention qu'à une époque assez éloignée, soit par un vice de famille dont les effets se seraient fait sentir à peu près à la même époque. Ce sont là de simples présomptions, qui auraient pu avoir un degré plus élevé de probabilité si l'observation n'était pas très-sobre de détails importans, et si elle avait été recueillie avec le soin qu'on y apporte aujourd'hui.

Boyer cite parmi les causes occasionnelles l'*extirpation d'un polype.* Il est plus que probable que ce célèbre chirurgien a observé des faits de ce genre; mais il n'en cite pas d'exemples, et on n'en trouve pas dans les auteurs. Au reste, le coryza ulcéreux produit par cette cause, comme par toutes les autres causes externes, est un coryza sans fétidité; c'est l'ulcère simple ou bénin de Deschamps et Boyer.

Les *causes du coryza simple* peuvent-elles produire le coryza ulcéreux? D'après plusieurs auteurs, il fau-

drait l'admettre; car, suivant eux, le coryza simple peut dégénérer en coryza ulcéreux. Si l'on nous citait des faits dans lesquels les choses se sont positivement passées ainsi, il faudrait se rendre à l'évidence; mais il n'en est rien, et comme le coryza, caractérisé dès le début par l'ulcération de la pituitaire, doit nécessairement présenter plusieurs signes du coryza ordinaire, tels que picotemens du nez, éternumens, sentiment d'obstruction, etc., il s'ensuit qu'il faut apporter à l'examen du malade une très-grande attention pour s'assurer que, dans le principe, le coryza consistait uniquement dans une inflammation pure et simple de la muqueuse, inflammation devenue ulcéreuse plus tard. Ceux qui admettent l'existence de cette cause comme démontrée, pensent que de fréquentes *irritations*, exercées sur les fosses nasales avec les doigts ou avec des instrumens destinés à porter les médicamens sur la membrane muqueuse, ou bien causés par l'action de ces médicamens eux-mêmes, suffisent pour faire prendre au coryza un caractère qu'il n'avait pas d'abord, et pour le faire passer à l'état ulcéreux.

Mais de toutes les causes, celle qui est le mieux démontrée est sans contredit l'*action du virus vénérien*, soit qu'il y ait une infection ancienne et généralisée, soit que le contact direct ait déterminé les ulcérations syphilitiques. L'existence et la puissance de cette cause sont mises hors de doute par un grand nombre de faits, dans lesquels les antécédens, les symptômes vénériens concomitans et l'action favorable et rapide des préparations mercurielles, se réunissent pour les rendre manifestes. Nul doute que dans un bon nombre de cas où les sujets

ont affirmé qu'ils n'avaient jamais contracté la maladie vénérienne, cette cause n'ait existé, soit que les malades aient trompé le médecin, soit qu'ils aient eu à leur insu les accidens primitifs de la syphilis. Cependant j'ai sous les yeux plusieurs cas dans lesquels il est bien difficile de croire que le virus syphilitique ait été pour rien dans la production de la maladie. En voici un exemple : Wepfer (*Obs. med. pract. de Affect. Capit.*, observ. CXCVII, *Fœtor narium; Scaphusii*, 1727) cite le cas d'une fille vierge, qui avait depuis cinq ans un ozène d'une odeur insupportable, alternant, à des intervalles variables, avec des *tubercules* dans le cuir chevelu. Je pourrais citer d'autres cas où il n'y avait aucune cause appréciable.

On voit, d'après ce qui vient d'être dit, que les causes de l'ozène sont pour la plupart fort obscures, ainsi que Boyer l'avait déjà fait remarquer. Cette obscurité est-elle inhérente à la nature même de ces causes, ou faut-il l'attribuer au défaut de renseignemens fournis par les observateurs? C'est ce qu'il ne sera permis de décider que lorsque l'observation rigoureuse aura porté ses lumières sur ce sujet important.

§ III. — Symptômes.

1°. *Coryza ulcéreux non fétide* (*ulcères simples ou bénins de la membrane pituitaire;* Deschamps, Boyer).

Suivant Boyer, les ulcérations simples ont ordinairement leur *siége* à la partie antérieure de la cloison des fosses nasales, au point de réunion de sa portion cartilagineuse et de sa portion osseuse. Elles ont une dimension variable; mais le plus souvent elles ne dépassent pas en profondeur l'épaisseur de la mem-

brane pituitaire; leur surface est rouge et granuleuse.

La *douleur* est faible ou nulle; quelquefois il n'existe qu'une démangeaison incommode qui porte les malades à introduire fréquemment leurs doigts dans les narines, ce qui peut retarder la guérison.

Si l'on se rappelle ce qui a été dit plus haut, à propos de l'*aspect du mucus* dans le coryza chronique simple, on comprendra que ce produit de la sécrétion pituitaire puisse être altéré dans sa consistance, sa couleur, etc., sans qu'on doive nécessairement attribuer cette altération aux ulcères; mais ordinairement, dans ces ulcères bénins, le mucus lui-même est à l'état normal; seulement la matière fournie par les ulcères vient se mêler à lui sous forme de croûtes noirâtres qui sont enlevées par les malades, ou qui se détachent spontanément.

Voilà tout ce que les auteurs nous ont laissé sur les ulcères simples ou bénins de la membrane pituitaire. Cette description, je la donne telle que je l'ai trouvée, sans la garantir dans tous ses détails. Que de choses ne faudrait-il pas en effet pour prouver, en l'absence de toute observation, que les auteurs n'ont pas confondu des maladies diverses? Comment les ulcères ont-ils été examinés? A-t-on suivi avec soin leurs progrès? Dans les cas où leur présence a été bien constatée, n'est-il survenu aucun autre phénomène que ceux qui viennent d'être décrits, et la fétidité surtout n'a-t-elle eu lieu à aucune époque de la maladie? Aujourd'hui que M. J.-J. Cazenave a établi les principes d'une bonne exploration des fosses nasales, on pourra, par de nouvelles observations, résoudre ces questions douteu-

ses; ce ne sera pas toutefois sans difficulté, car quelquefois on a beaucoup de peine à découvrir de petites ulcérations qui se cachent dans les profondeurs de ces cavités, et dans quelques cas même on ne peut les apercevoir.

2°. *Coryza ulcéreux fétide* (Ozène proprement dit).

J'ai dit plus haut que, relativement aux causes, il y avait deux espèces principales de coryza ulcéreux fétide; ce sont le *coryza ulcéreux syphilitique* et le *coryza ulcéreux non syphilitique*. La première question qui se présente est donc celle de savoir si, dans leurs symptômes propres, ces deux espèces présentent quelques différences qui puissent les faire distinguer. En parcourant les observations et les descriptions générales dont la science a été enrichie par les anciens et par les modernes, on voit qu'il est impossible d'y découvrir aucun signe distinctif de quelque importance, et l'on est toujours réduit à avoir recours soit à des symptômes ayant un autre siége que les fosses nasales, soit aux renseignemens fournis par le malade. Il ne faut donc pas songer à faire une description particulière pour chacune de ces deux espèces, quoique les auteurs qui ont écrit sur l'affection syphilitique aient fait l'histoire d'un ozène vénérien.

Nous n'avons pas une bonne description des *ulcérations* qui constituent la lésion essentielle de l'ozène; les anciens auteurs se bornent presque tous à dire que l'ozène est dû à des ulcères sanieux, sordides, de mauvaise nature; mais ils ne nous donnent pas de détails précis sur leur siége, leur aspect, leur étendue, etc. Dans leurs observations, les mo-

dernes sont entrés dans des détails très intéressans; mais les ulcérations ont des caractères trop divers, suivant les cas, et les faits sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse présenter autre chose que des généralités un peu vagues. Voici ce qui résulte des faits:

Le *siége* des ulcérations est variable; cependant M. J.-J. Cazenave les a le plus souvent trouvées vers la racine du nez, soit dans la portion de pituitaire qui tapisse les os propres, soit dans la portion voisine du vomer. Leur *étendue* ne varie pas moins: quelquefois elles sont nombreuses et très-petites; plus ordinairement on n'en trouve que deux ou trois assez grandes; en un mot, elles sont d'autant moins étendues qu'elles sont plus nombreuses.

La *forme* de ces ulcérations ne saurait être décrite d'une manière générale, parce que les descriptions particulières manquent totalement. La plupart de celles dont la forme a été mentionnée étaient irrégulières. Leur *profondeur* est très-variable; le plus souvent, d'après les descriptions que nous possédons, elles sont profondes, car l'altération parvient jusqu'aux os, dont quelques parties nécrosées sont expulsées par les narines. C'est au reste un résultat auquel on devait s'attendre après ce qui a été dit de la grande fréquence du coryza ulcéreux syphilitique qui attaque les os avec une prédilection si marquée. Dans ces cas, les bords des ulcérations sont irréguliers, boursouflés et décollés plus ou moins loin, de manière à former de petits clapiers où le pus, en séjournant, acquiert la plus grande fétidité. On constate aussi un épaississement et souvent un ramollissement de la muqueuse environnante.

En même temps que se développent ces ulcérations, un *liquide mucoso-purulent* est sécrété et s'échappe soit par les narines, soit par l'ouverture postérieure des fosses nasales, soit enfin, ce qui est le cas le plus ordinaire, par l'une et l'autre de ces voies. Les anciens se contentent de désigner ce liquide par les mots de sanie, de mucus sanieux, d'ichor putride, etc. Mais dans les observations de M. J.-J. Cazenave on voit que le plus souvent la matière de la sécrétion se présente à l'ouverture des narines sous la forme d'un liquide épais, jaune-verdâtre, vert, brunâtre, ou sous celle de croûtes plus ou moins adhérentes et brunes. Parfois cette matière se concrète vers l'ouverture postérieure des fosses nasales, et c'est alors que les malades sont obligés de faire une forte aspiration par le nez pour la faire tomber dans le pharynx, et l'expulser ensuite.

La présence de ce mucus dans les fosses nasales détermine plusieurs effets différens. Il obstrue mécaniquement ces cavités; et cette *obstruction*, jointe à celle que produit l'épaississement des parties molles, occasionne l'enchifrènement, commun à cette maladie et au coryza simple. Mais ce qui est particulier à la première de ces deux affections, c'est l'*odeur infecte* de ce mucus nasal. Quelques auteurs anciens attribuent principalement cette odeur à la rétention de la matière de l'excrétion; mais il faut reconnaître qu'elle est le plus souvent inhérente à cette matière, même au moment de sa production; car, lors même que les cavités nasales sont parfaitement débarrassées, et que le mucus n'a pas pu séjourner, l'haleine du malade reste fétide. Toutefois il est per-

mis de penser que la rétention de cette matière vient ajouter encore à sa fétidité.

L'odeur repoussante qui s'exhale des narines des sujets affectés de coryza ulcéreux fétide, a été comparée à celle d'une punaise écrasée, et c'est ce qui a fait donner à la maladie le nom de *punaisie*, et aux malades celui de *punais*. Mais cette odeur n'est pas constamment la même : dans un cas, par exemple, elle ressemblait à l'odeur de la sueur des pieds. Tout ce qu'il est permis de dire, c'est qu'elle est pénétrante, nauséabonde, et rend insupportable le voisinage de ceux qui l'exhalent. Cette puanteur est le symptôme que les malades regardent comme le plus grave, et qui presque toujours les engage à recourir aux secours de la médecine.

Dans un certain nombre de cas qu'il est impossible de déterminer, on remarque à l'extérieur du nez une *déformation* qui en occupe le plus souvent la racine, mais qui parfois se montre dans les autres parties. Un gonflement avec une douleur plus ou moins marquée se manifeste dans le lieu affecté, et la pression y trouve une résistance pâteuse; quelquefois une rougeur livide s'empare de la peau, et par la pression on détermine une crépitation marquée; enfin, si une portion d'os nécrosé vient à se détacher et s'échappe soit par l'intérieur des fosses nasales, soit à travers la peau ulcérée, le point correspondant s'affaisse; si c'est vers la racine du nez, celui-ci est raccourci, sa pointe est relevée, et il est comme écrasé et aplati entre les yeux. Quand un côté du nez est seul attaqué, il y a une espèce de distorsion de l'organe. Lorsque c'est par la peau que s'est échappée la portion d'os nécrosée, une cicatrice ir-

régulière vient encore ajouter à la difformité. C'est le plus souvent dans le coryza ulcéreux syphilitique que les choses se passent ainsi. Dans un cas observé par M. Priou, de Nantes (*Voy. Gaz. Méd.*, vol. IV, 1836, p. 727), il survint au côté gauche du nez une tumeur grosse comme une noisette, qui s'ouvrit au dehors, et se cicatrisa rapidement.

Suivant quelques auteurs anciens, et Fernel en particulier, les altérations des parois osseuses ne seraient pas limitées à la partie supérieure des fosses nasales, et *souvent* il y aurait perforation de la voûte palatine elle-même. (Fernel, lib. V, cap. VII, *Pathol.; de morb. narium*, ed. 1679.) Mais il n'est pas prouvé que dans les cas où il en était ainsi, on n'eût pas affaire à un véritable cancer des fosses nasales.

A ces lésions de l'organe primitivement affecté se joignent, si le mal envahit le sac et le canal nasal, des *signes d'ophthalmie* et un *épiphora* continuel; c'est du moins ce qu'ont observé Percy et Laurent (*loc. cit.*).

Les anciens auteurs ont avancé que les *ulcérations pouvaient occuper les sinus et surtout les sinus maxillaires;* mais on ne trouve nulle part la moindre trace d'une description de ces ulcères. D'après Morgagni (*De Sed. et Caus. morb.*, epist. XIV, 22), il a été démontré par Drakins que la source du mucus fétide ou de la sanie peut exister dans les sinus; mais il est impossible de savoir si, dans les cas où il en est ainsi, il existe réellement des ulcérations, ou s'il ne s'agit que d'un simple coryza fétide propagé aux sinus, ou enfin si la maladie n'est pas un véritable carcinome de ces cavités. Le peu de précision dans

le diagnostic, et le peu de détail dans les descriptions, rend notre jugement, à ce sujet, très-difficile et très-incertain. Au reste, en supposant que des ulcérations se développent dans une membrane aussi fine que celle des sinus, on ne pourrait soupçonner le véritable siége de la maladie que dans le cas où des symptômes très-marqués se joindraient à un sentiment de tension et d'obstruction dans l'une de ces cavités, et à une intégrité parfaite de toute la partie des fosses nasales accessible à nos moyens d'exploration.

Si, comme on l'a fait généralement jusqu'à présent, on donne le nom d'ozène à toute maladie caractérisée par un écoulement de matière sanieuse par le nez et une odeur fétide s'exhalant de cet organe, on peut dire que dans un bon nombre de cas cette affection est *très-douloureuse*, car les cancers se trouvent du nombre. Mais si, d'après ce qui a été dit plus haut, ces dernières lésions sont réservées pour être étudiées à part, on peut affirmer qu'à moins de nécrose des os, de périostite et d'abcès, la *douleur* est peu considérable; de sorte que le coryza ulcéreux syphilitique qui produit ces désordres serait presque seul véritablement douloureux à certaines époques de son existence. Toutefois c'est un point qui demande de nouvelles recherches.

Le coryza ulcéreux ne présente ordinairement pas d'autres symptômes que les symptômes locaux qui viennent d'être décrits. On a vu des sujets en être affectés pendant longues années sans que leur santé en ait souffert et sans qu'il soit survenu aucune complication. Mais si une inflammation aiguë, déterminée soit par les progrès de la lésion locale, soit

par une rhinite contractée dans la saison froide et humide, vient se joindre à la maladie principale, la céphalalgie et un mouvement fébrile plus ou moins marqué peuvent être observés.

Telle est la description des symptômes du coryza ulcéreux d'après les recherches des auteurs; loin de chercher à dissimuler son insuffisance sur un grand nombre de points, je la signale de nouveau ici, afin d'engager les modernes observateurs à porter dans toutes ces obscurités les clartés des nouvelles méthodes.

L'observation suivante, empruntée à l'ouvrage de M. J.-J. Cazenave (de Bordeaux), complétera ce tableau :

OBSERVATION.

« M. B...., sourd-muet de naissance, d'une constitution éminemment lymphatique, scrofuleux jusqu'à la puberté, maintenant âgé de trente et un ans, est grand, frêle, pâle, anémique, et n'a jamais eu de maladies vénériennes. Quoique ses parens aient toujours eu grand soin de le prémunir contre les dangers de la masturbation, à laquelle les sourds-muets sont très-enclins, dit-on, il s'y livrait avec excès il n'y a pas plus de dix-huit mois, et n'a cessé ces dégradantes et périlleuses manœuvres que lorsqu'on a pu lui persuader que l'état suivant en était l'immédiate conséquence.

« Ce sourd-muet *me dit* être punais depuis trois ans, et avoir perdu une portion du vomer depuis six mois. Son mal débuta par un enchifrènement, par de la gêne, par un poids, par une espèce d'obstacle siégeant à la racine du nez, et par l'impossibilité de se moucher, phénomènes auxquels succéda une odeur de *punais* augmentant graduellement d'intensité. Le séjour forcé des mucosités nasales les fit se dessécher, se putréfier, et *ulcéra* [1] une portion de la pituitaire de la na-

[1] Ici M. Cazenave pose en fait ce qui est en question et ce qu'il serait peut-être plus juste de décider d'une manière tout opposée. Com-

rine gauche, d'où sortit alors une matière purulente, infecte et d'un gris-ardoise. L'olfaction fut en partie détruite, et la carie non soupçonnée du vomer mise hors de doute, lorsqu'une portion de cet os se détacha, et que le malade put l'extraire avec les doigts.

« L'exploration minutieuse des narines et de toutes les anfractuosités nasales accessibles à mon stylet flexible et boutonné, me fit reconnaître la carie d'une partie du vomer avoisinant le bord antérieur ou ethmoïdal du cartilage de la cloison, et la perforation résultant de la perte de substance osseuse, qu'on ne saurait confondre avec l'ouverture normale qu'on rencontre parfois, tantôt sur le vomer et tantôt sur la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, puisque la membrane pituitaire, intacte dans ce cas, s'oppose à ce qu'une exploration puisse en faire constater l'existence.

« Ce morceau de vomer détaché, que le malade m'avait montré, était irrégulièrement triangulaire, à bords rugueux, chagrinés, très-friable, et de couleur jaune-terne. Je distinguai très-bien, à l'aide d'un stylet, l'intégrité de la membrane pituitaire du côté droit, adossée à la perforation du vomer..... Cette exploration terminée, je procédai à celle de l'ozène, à l'aide d'un crochet mousse, qui me fit rencontrer les bords durs et inégaux de la portion de membrane pituitaire ulcérée, se prolongeant à peu près de six lignes au-dessous, et devant la portion d'os carié. L'exploration de la narine droite ne me fit rien reconnaître de particulier, et, la gauche étant fermée, je pus impunément en humer l'air expiré, qui n'avait qu'une odeur fade sans puanteur. »

ment savoir, en effet, si c'est l'humeur altérée qui a déterminé l'ulcération? Peut-on déduire cette conséquence de la préexistence de l'écoulement? Mais une inflammation de la muqueuse, qui par ses propres progrès tendrait à devenir ulcéreuse, ne suffirait-elle pas pour produire cet écoulement purulent et fétide? N'est-ce pas d'ailleurs ainsi que se passent les choses dans toute inflammation ulcérative des membranes muqueuses? Dans l'angine syphilitique, par exemple, ne voit-on pas la douleur locale, la gêne de la déglutition, l'hypersécrétion, être le résultat de l'inflammation avant qu'elle ait produit des ulcères? Or, dans ce cas, on ne peut pas attribuer ces ulcères au contact du mucus, puisque les parties en sont si facilement débarrassées.

Après cette exploration, M. Cazenave, ayant pris des renseignemens sur les antécédens, apprit que le malade avait eu un coryza intense quatre ans auparavant, et que c'était à la suite de cette affection que s'étaient manifestés tous les symptômes de l'ozène. Quant à la nature de cette maladie, M. Cazenave repousse l'idée de l'infection vénérienne, parce que le malade lui avait dit qu'il n'avait pas contracté la syphilis, et celle du vice scrofuleux, quoique le sujet *eût présenté jusqu'à la puberté* de nombreuses lésions dues aux scrofules, 1° parce que ces lésions, consistant en ophthalmies chroniques, engorgemens, ulcération des ganglions cervicaux, avaient disparu dans l'adolescence, et 2° parce que le traitement dit anti-scrofuleux, *convenablement dirigé*, n'avait pas réussi contre la maladie du nez.

Aucune de ces conclusions ne me paraît inattaquable. Les malades, même les hommes, n'avouent pas toujours une infection syphilitique, et quelquefois, en leur faisant des questions sur les divers symptômes qu'ils ont présentés, on parvient à découvrir l'existence d'une syphilis qu'ils ne croyaient pas avoir contractée. Il n'est donc pas entièrement hors de doute que le coryza et l'ozène fussent non vénériens, comme le dit M. J.-J. Cazenave; ces doutes deviennent bien plus grands encore quand il s'agit du vice scrofuleux; car bien que le malade eût été débarrassé de plusieurs affections scrofuleuses, rien ne prouve que, sous l'influence de certaines causes, une autre affection du même genre n'ait pu se déclarer plus tard, et, quant à l'échec du traitement *dit anti-scrofuleux*, quelque bien dirigé qu'il ait pu être, c'est un résultat malheureusement trop fréquent pour

qu'il faille en conclure la non-existence des scrofules.

Je ne dis rien ici du traitement employé dans ce cas par M. J.-J. Cazenave, parce que sa méthode sera exposée en détail plus loin.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

La *marche* du coryza ulcéreux est presque toujours chronique; cependant on a cité des cas dans lesquels à une marche rapide venaient se joindre des symptômes d'acuité bien marqués. Le *début* est le plus souvent insidieux; on croit avoir affaire à un coryza léger, ne présentant d'autres symptômes qu'un peu d'enchifrènement et une sécrétion de mucus légèrement augmentée; mais au bout d'un certain temps, les symptômes sérieux qui ont été décrits plus haut se manifestent, et, après leur apparition, font des progrès continuels. C'est là ce qui explique pourquoi Percy et Laurent (*loc. cit.*) ont dit que l'ozène débute toujours par un coryza simple; assertion qui est bien loin d'être exacte, comme le démontrent les observations. Dans quelques cas, les auteurs *affirment* que le début a été marqué par un coryza intense. Mais s'agissait-il d'une inflammation simple? Les recherches sont trop insuffisantes pour qu'on puisse répondre à cette question.

Quant à la *durée* de l'affection, elle est indéterminée. On l'a vue durer plus de cinquante ans. En général, lorsqu'un traitement efficace n'est pas mis en usage, le coryza ulcéreux n'a aucune tendance à la guérison.

En ayant soin de mettre de côté, ainsi que je l'ai fait, les cancers et les polypes de mauvaise nature,

on peut dire que le coryza ulcéreux, fétide ou non fétide, syphilitique ou non, n'a point une *terminaison* funeste; même dans les cas d'ozène syphilitique, lorsque la mort survient, c'est qu'elle est causée par une maladie d'une nature différente, ou par une lésion profonde de nature syphilitique, siégeant dans un autre organe.

§ V. — Lésions anatomiques.

Dans la description des ulcérations, étudiées comme symptôme, j'ai donné de nombreux détails qui me laissent peu de chose à ajouter. Des décollemens de la muqueuse, son épaississement, son ramollissement, sa destruction dans plusieurs points; des portions d'os mis à nu; d'autres détachées, rugueuses, friables, brunes ou noirâtres; des clapiers contenant une sanie fétide; voilà ce qu'on a trouvé sur les cadavres; et par là s'est trouvée confirmée l'opinion des anciens, qui, pour la plupart, admettaient l'existence de l'ulcère dans cette maladie, quoique dans beaucoup de cas ils n'aient pas pu l'apercevoir.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Diagnostic. Bien des questions se présentent dans le diagnostic de l'ozène; il faut, en effet, distinguer cette affection de toutes celles qui pourraient lui ressembler, et de plus étudier avec soin les diverses espèces de coryza ulcéreux, car chacune d'elles peut demander un traitement particulier. Un grand ordre est donc nécessaire dans l'exposition de ce diagnostic, et c'est pourquoi je divise ce paragraphe en deux parties distinctes : dans la première

il va être question des diverses espèces de coryza ulcéreux, et dans la seconde je chercherai les signes distinctifs des maladies qu'on pourrait confondre avec elles.

A. *Diverses espèces de coryza ulcéreux comparées entre elles.*

Suivant Deschamps et Boyer, qui se sont le plus appliqués à distinguer les ulcères simples ou bénins des ulcères malins de la membrane pituitaire, le coryza ulcéreux simple se distingue du coryza ulcéreux malin et invétéré, en ce que, dans le premier, les ulcérations sont peu douloureures, le mucus nasal n'est pas altéré, et est seulement parfois mêlé d'un peu de sang; il n'y a pas d'odeur fétide, et la guérison est plus facile. Je n'ai pas besoin de faire remarquer combien ce diagnostic, le seul que nous possédions, est vague et incertain. Le peu de douleur des ulcérations peut se rencontrer dans des coryzas ulcéreux très-fétides et très-difficiles à guérir; non-seulement l'odeur fétide peut se développer dans des ulcérations qui primitivement paraissaient simples, mais encore nous possédons un assez grand nombre de faits, dans lesquels tout porte à croire qu'il n'y avait pas même d'ulcération; enfin le plus ou moins d'efficacité du traitement ne saurait être invoqué, à moins que des expériences suivies, et qui n'ont pas encore été faites, viennent prouver que la médication a des effets spéciaux dans le coryza ulcéreux simple et dans le coryza ulcéreux *malin*.

Entre le *coryza ulcéreux non syphilitique* et le *coryza ulcéreux syphilitique*, existe-t-il des différences

qui puissent les faire distinguer l'un de l'autre? J'ai déjà dit que, si on cherchait ces différences dans les symptômes propres à ces deux maladies, on ne les trouverait pas. La douleur, la gêne dans les fosses nasales, la fétidité, la nécrose des os du nez, tous ces caractères peuvent leur être communs. Il faut donc de toute nécessité recourir aux renseignemens sur les antécédens du malade et à l'examen des autres parties du corps, pour s'assurer s'il n'existe aucun autre signe de syphilis constitutionnelle. Les tumeurs gommeuses, les ulcérations du pharynx, les syphilides, viendront en aide au diagnostic. C'est ainsi que, dans une observation que j'ai sous les yeux, l'apparition d'éphélides nombreuses étant venue éclairer le médecin sur la nature spéciale de la maladie, le mercure, jusqu'alors négligé, fut employé avec succès.

La *nature scrofuleuse* de plusieurs coryzas ulcéreux, dont les auteurs nous ont laissé des exemples et dont j'ai cité plus haut, d'après M. J.-J. Cazenave, un cas très-probable, ne peut également être dévoilée que par les antécédens et surtout par les signes de scrofules existant dans les autres parties du corps, les ophthalmies chroniques, l'engorgement des ganglions cervicaux, les abcès, etc.

Quant à l'*ozène dartreux*, j'ai fait voir qu'il n'était autre chose que l'impétigo des narines ou une autre maladie de la peau, offrant des caractères spéciaux, et qu'il ne fallait pas le confondre avec le coryza ulcéreux.

L'*ozène scorbutique* a été admis par presque tous les auteurs anciens, mais on en chercherait vainement des exemples incontestables dans leurs écrits;

son existence est douteuse, et par conséquent on ne saurait en établir le diagnostic.

B. *Coryza ulcéreux, comparé aux autres maladies avec lesquelles on pourrait le confondre.*

Ces maladies ne peuvent avoir leur siége que dans les fosses nasales, et on peut les ranger dans l'ordre suivant : coryza simple; cancer; polypes; abcès; tumeurs sanguines; *jetage* de la morve chronique.

Le *coryza ulcéreux simple* se distingue du *coryza purement inflammatoire* par l'écoulement de sang, qui, selon Deschamps, est fréquent, et par les croûtes noirâtres qui couvrent les narines; mais ces signes sont très-incertains, et la vue des ulcérations peut seule lever les doutes.

J'ai eu occasion de dire maintes fois que la fétidité n'était pas un caractère suffisant pour faire distinguer le *coryza chronique simple*, du *coryza ulcéreux;* je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit à ce sujet dans l'histoire du coryza simple; mais comme, de tous les caractères distinctifs, celui qui est fourni par l'inspection est sans contredit le plus important et le seul infaillible, il importe d'indiquer comment on doit procéder à l'examen des fosses nasales. C'est à M. J.-J. Cazenave que j'emprunte les détails qui vont suivre, parce que c'est lui qui a donné les meilleurs préceptes pour l'exploration des parties affectées.

EXPLORATION DES FOSSES NASALES.

Faites asseoir le malade en face d'une fenêtre bien éclairée, et, en lui renversant fortement la tête, faites parvenir les rayons lumineux aussi profondément que possible dans les

fosses nasales. La lumière d'une bougie, dirigée convenablement, peut suffire pour l'exploration. Si du mucus concret ou des croûtes masquaient la membrane pituitaire, faites-les tomber à l'aide de lotions émollientes et de fumigations, mais ne les arrachez point. La muqueuse étant débarrassée, on découvre les ulcérations, si elles sont rapprochées de l'ouverture antérieure des narines.

Dans le cas où cette exploration serait sans résultat, prenez un stylet mousse, flexible et recourbé à son extrémité en forme de crochet; introduisez-le dans la fosse nasale aussi profondément que vous pourrez, puis, en le ramenant d'arrière en avant, et en lui faisant faire de légers mouvemens de rotation, explorez avec l'extrémité mousse toute la surface de la membrane pituitaire. S'il n'y a pas d'ulcération, le stylet glissera sans s'arrêter, car les anfractuosités qui sur le squelette se font remarquer dans les fosses nasales, n'existent pas lorsque les os sont recouverts des parties molles. Si, au contraire, il y a des ulcérations, l'extrémité du stylet sera retenue par leurs bords saillans ou décollés. C'est surtout la partie de la cloison voisine de la voûte du nez et cette voûte qu'il faut explorer d'une manière toute spéciale; car, suivant les observations de M. J. J. Casenave, c'est là que les ulcères ont leur siége de prédilection.

Notez avec grand soin le point dans lequel votre stylet aura été arrêté, et en portant son extrémité dans tous les sens, cherchez à déterminer l'étendue de l'ulcère. Ces précautions sont très-importantes pour l'application du caustique.

L'*inspection* est encore un des meilleurs moyens pour distinguer le *coryza ulcéreux* des *polypes des fosses nasales*, quelle que soit leur nature; car outre que la vue des ulcérations ne laisse aucun doute sur l'existence de l'ozène, on peut, dans quelques cas de polypes, apercevoir assez distinctement la tumeur. Mais nous possédons d'autres moyens d'arriver au diagnostic, qui ne laissent pas d'avoir leur valeur.

Ainsi, en introduisant le petit doigt dans les fosses nasales, on parvient à constater la présence des polypes; quelquefois on peut les sentir et même les voir dans l'arrière-gorge, au-dessus du voile du palais; l'obstruction qu'ils déterminent est beaucoup plus considérable que celle qui est produite par le coryza ulcéreux ; elle est aussi plus variable, c'est-à-dire que dans certains momens, suivant que la tumeur est plus ou moins gorgée de liquides, la difficulté de respirer par le nez est extrême ou presque nulle.

Quant au *cancer*, il est plus difficile de le distinguer du *coryza ulcéreux*, surtout avec l'habitude qu'on a depuis si longtemps de confondre ces deux affections. Chez tous les anciens auteurs, on trouve réunis aux exemples de coryza ulcéreux, syphilitique ou non, des cas dans lesquels les douleurs très-vives, le gonflement du nez, l'envahissement de tous ses tissus, qui, après avoir pris une teinte rouge foncé ou livide, finissent par se détruire rapidement, en laissant d'horribles pertes de substance, ne laissent pas de doute sur la nature cancéreuse de l'affection. Le caractère commun, la fétidité, dont j'ai déjà maintes fois apprécié la valeur, suffit-il pour faire regarder comme une même maladie deux états pathologiques qui diffèrent sous tant de rapports? Non, sans doute, et j'ajouterai que, si dans l'un ou l'autre cas, il y a ulcération des tissus, cette ulcération a une importance bien différente, suivant qu'on l'examine dans le coryza ulcéreux, où elle constitue presque toute la maladie, et dans le cancer, où, bien que redoutable, puisqu'elle hâte la destruction du nez, elle n'est néanmoins que secondaire, l'affec-

tion pouvant être très-bien caractérisée sans elle. Ainsi donc, lorsque les tissus seront profondément affectés, avec douleur vive, tuméfaction considérable, rougeur sombre ou livide, et que plus tard une ulcération faisant toujours des progrès viendra détruire profondément tous les tissus, on aura affaire à un cancer et non à un simple coryza ulcéreux.

Les *tumeurs sanguines* et les *abcès de la cloison nasale*, dont M. Fleming a donné une description (*Journal de Dublin;* extrait dans la *Gaz. méd.*, t. I, 1833, p. 798), pourraient, dans quelques cas, être pris pour un *coryza ulcéreux;* il importe donc d'en indiquer les principaux caractères. Ces lésions ont de commun avec les ulcérations de la membrane pituitaire, d'occasionner l'obstruction des fosses nasales, une gêne notable de la respiration, et, de plus, dans les cas d'abcès, une rougeur vive de la pituitaire. Les caractères différentiels sont les suivans : les *tumeurs sanguines* siégent sur un des côtés de la cloison, ou sur tous les deux à la fois; on les aperçoit facilement en écartant l'aile du nez; elles se présentent sous la forme d'une proéminence bien limitée, quelquefois très-considérable, dure, rénitente, et de couleur pourpre-noirâtre. Quant aux *abcès*, dans tous les cas où M. Fleming en a rencontré, ils existaient sur les deux côtés de la cloison, formant une tumeur à large base, douloureuse au toucher, rouge à cause de l'inflammation de la pituitaire, et laissant écouler par l'incision une matière ordinairement peu liée, séro-purulente, qui prenait plus tard une consistance glaireuse. Je n'ai pas besoin de faire voir en quoi ces affections diffèrent du coryza ulcéreux. Je dirai seu-

lement que M. Fleming ne fait aucune mention de la fétidité, quoiqu'il paraisse très-vraisemblable que ce signe puisse exister dans les cas d'abcès ouverts, surtout chez les sujets scrofuleux, qui, suivant cet auteur, sont sujets à cette affection. Si la fétidité n'existe pas, c'est une probabilité de plus, mais non une certitude, qu'il n'y a pas d'ulcération.

Dans la *morve*, on observe un écoulement plus ou moins abondant de mucus altéré, avec des symptômes de coryza. Pourrait-on confondre cette maladie avec l'ozène? Quant à la morve aiguë, on ne saurait élever une pareille question; elle a des symptômes si violens et si multipliés, que l'écoulement mucoso-purulent par la narine ne peut être pris pour la maladie tout entière. Dans la morve chronique il n'en est pas de même, car les symptômes, qui ont leur siége dans les fosses nasales, peuvent très-bien attirer exclusivement l'attention. Mais si les altérations qui ont lieu dans d'autres parties du corps sont moins frappantes, elles ne sont pas constantes, ainsi qu'on peut le voir dans le savant mémoire de M. Rayer (*de la Morve chronique et du Farcin chez l'homme;* Paris, 1837), dans celui du docteur W. Hardwicke (*two cases of chronic glanders in the human subject; British Annals of Med;* feb. 1837); et dans celui que M. A. Tardieu vient de faire paraître récemment (*Archiv. gén. de Méd.*; déc. 1841). Ainsi l'on voit, dans tous les cas cités par ces auteurs, des douleurs, des gonflemens dans les articulations, des ganglions engorgés, des abcès, des ulcérations du palais, du larynx, etc. J'ajoute que la fétidité de l'haleine nasale n'a pas été constatée.

Présentons maintenant, dans un tableau synoptique, le résumé de ce diagnostic :

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1°. *Signes distinctifs, d'après les auteurs, du coryza ulcéreux simple et du coryza ulcéreux malin ou fétide (ozène proprement dit).*

CORYZA ULCÉREUX SIMPLE ; ULCÈRE BÉNIN (Boyer, Deschamps).	CORYZA ULCÉREUX FÉTIDE ; ULCÈRE MALIN, INVÉTÉRÉ (Desch., Boyer).
Ulcérations *peu douloureuses*.	Ulcérations *douloureuses*, souvent à un haut degré. (Douteux.)
Mucus nasal non altéré; mêlé seulement parfois à un peu de sang.	*Mucus nasal*, verdâtre; brunâtre; purulent; fétide.
Guérison facile.	Cure *difficile*.

2°. *Signes distinctifs du coryza ulcéreux non syphilitique et du coryza ulcéreux syphilitique.*

CORYZA ULCÉREUX NON SYPHILITIQUE.	CORYZA ULCÉREUX SYPHYLITIQUE.
Point d'*infection syphilitique* antécédente. (Douteux.)	*Infection syphilitique* antécédente, et principalement chancres.
Point de trace d'infection syphilitique sur aucune autre partie du corps.	*Signes de syphilis constitutionnelle* sur d'autres parties du corps. Ainsi, tumeurs gommeuses, syphilides, etc.
Action lente ou nulle du *mercure*. (Douteux.)	*Mercure* procurant une guérison rapide.

On ne trouve dans les lésions appartenant à ces deux espèces aucun caractère parfaitement distinctif.

3°. *Signes distinctifs du coryza ulcéreux non fétide et du coryza simple.*

CORYZA ULCÉREUX NON FÉTIDE.	CORYZA SIMPLE.
Ecoulement de sang, à des époques plus ou moins rapprochées. (Deschamps.)	*Ecoulement de sang* moins facile. (Douteux.)
Croûtes noirâtres à l'ouverture des narines. (Deschamps.)	Point de *croûtes noirâtres*. (Douteux.)
Inspection; on aperçoit les ulcérations. (Seul signe positif.)	*Inspection* ; pas d'ulcération. (Laisse encore quelques doutes, les ulcérations pouvant siéger hors de la portée de la vue.)

Exploration avec le crochet mousse. *Le stylet est arrêté.* (Cazenave.)	*Exploration* avec le crochet mousse. *Le stylet n'est pas arrêté.* (Laisse aussi quelques doutes, car les ulcères peuvent siéger hors de la portée du stylet.)

4°. *Signes distinctifs du coryza ulcéreux et des polypes des fosses nasales.*

CORYZA ULCÉREUX.	POLYPES.
Inspection; on aperçoit souvent les *ulcérations.*	*Inspection;* on aperçoit quelquefois la *tumeur* soit dans les fosses nasales, soit derrière le voile du palais.
Toucher médiat; à l'aide du crochet mousse, on peut sentir la *perte de substance* occasionnée par l'ulcération.	*Toucher immédiat;* à l'aide du petit doigt introduit dans la cavité nasale, on reconnaît la présence du *polype.*
Obstruction des fosses nasales, plus continue et moins prononcée.	*Obstruction* des fosses nasales plus prononcée et moins continue.
Ordinairement *fétidité ; odeur de punais.*	*Pas de fétidité*, à moins que le polype ne soit de mauvaise nature.

5°. *Signes distinctifs du coryza ulcéreux et du cancer des fosses nasales.*

CORYZA ULCÉREUX.	CANCER.
Ulcérations, d'abord superficielles.	Tissus affectés bientôt *dans toute ou presque toute leur épaisseur.*
Gonflement médiocre du nez.	*Gonflement* considérable.
Couleur de la peau du nez, naturelle, à moins qu'il n'existe un abcès sous-cutané.	*Peau du nez* d'un rouge foncé ou livide.
L'*ulcération* fait des progrès lents; destruction des tissus bornée à la muqueuse et aux os nécrosés.	*Progrès de l'ulcération,* rapides; destruction de tous les tissus.
Douleurs médiocres.	*Douleurs* vives, surtout lorsque l'ulcération est produite.

6°. *Signes distinctifs du coryza ulcéreux non fétide et des tumeurs sanguines de la cloison des fosses nasales.*

CORYZA ULCÉREUX NON FÉTIDE.	TUMEUR SANGUINE.
Peut exister aussi bien *sur la voûte* que sur la cloison des fosses nasales.	*Siége* sur la cloison.

Inspection; ulcérations.	*Inspection; tumeur* limitée, quelquefois considérable, dure, rénitente, de couleur pourpre-noirâtre.
Cause *souvent inconnue.*	Cause : *coup* ou *chute.*

7°. *Signes distinctifs du coryza ulcéreux et des abcès de la cloison des fosses nasales.*

CORYZA ULCÉREUX.	ABCÈS.
Siége; ut suprà.	*Siége;* sur les deux côtés de la cloison. (Fleming).
Inspection; ut suprà.	*Inspection; tumeur* à large base, rouge, douloureuse au toucher.
Fétidité.	La *fétidité* n'a pas été constatée dans les observations que nous possédons.

8°. *Signes distinctifs du coryza ulcéreux et du jetage de la morve chronique.*

CORYZA ULCÉREUX.	JETAGE DE LA MORVE CHRONIQUE.
Siége de la maladie, limité aux fosses nazales.	*Maladie générale* dont le jetage n'est qu'un symptôme.
Ni douleurs, ni gonflement dans les articulations, ni abcès, ni engorgement des ganglions, etc., à moins de complication.	*Douleurs, gonflement des articulations; abcès; engorgement des ganglions,* etc.
Fétidité fréquente.	La *fétidité* n'a pas été constatée.

Pronostic. Après ce que j'ai dit de la terminaison de la maladie, je n'ai point à m'occuper davantage de la gravité absolue du coryza ulcéreux. Mais le praticien peut être appelé à se prononcer sur plusieurs questions qui intéressent au plus haut point les malades; il s'agit donc d'indiquer quelles sont ces questions, et comment on peut les résoudre.

1°. *Le coryza simple peut-il dégénérer en coryza ulcéreux?* J'ai déjà agité cette question, et la conclusion a été que rien ne prouvait réellement qu'il en fût ainsi; c'est uniquement par des vues théoriques et par des hypothèses que plusieurs auteurs ont été portés à admettre cette dégénérescence du coryza simple.

2°. *Le coryza ulcéreux bénin et non fétide peut-il dégénérer en coryza ulcéreux malin et fétide?* Il semble, au premier abord, qu'il doive être très-facile de se prononcer sur ce point, et cependant le défaut d'observations précises, une étude trop peu approfondie des divers caractères des ulcérations, nous laissent dans le doute. D'une part, nous avons lieu de croire que des ulcères, que l'on regardait comme bénins dans le principe, avaient déjà le germe de la malignité, pour nous servir du langage de l'école, et de l'autre, il n'est pas parfaitement prouvé que dans les cas où le coryza est resté bénin, il y eût réellement ulcération, l'état de la muqueuse envahie par un impétigo pouvant très-bien induire en erreur.

3°. *Le coryza ulcéreux tend-il toujours à détruire de plus en plus les parties, ou peut-il rester stationnaire?* Si l'on était sûr que l'ozène est syphilitique, la réponse serait facile; car on peut voir par des milliers d'exemples qu'en pareil cas, si un traitement convenable n'est pas mis en usage, la maladie fait des progrès continuels et finit par produire une déformation considérable du nez. Mais comment savoir si le coryza est ou n'est pas syphilitique? C'est là une difficulté que l'observation n'a pas encore résolue et qui rend le plus souvent la solution du problème impossible.

§ VII. — Traitement.

Le traitement du coryza ulcéreux fétide, généralement connu sous le nom d'*ozène*, remonte à une haute antiquité; une multitude d'auteurs s'en sont occupés dans tous les temps. Aussi est-on plus embarrassé pour mettre un peu d'ordre dans l'exposi-

tion de ce traitement, pour découvrir les médications qui ont obtenu quelque faveur, et pour en apprécier les avantages et les inconvénieus, que pour rassembler les matériaux nécessaires à un volumineux article. Je crois devoir, en cette circonstance, diviser en deux parties l'exposition du traitement de l'ozène. La *première* contiendra les méthodes générales de traitement proposées par les hommes les plus célèbres des siècles passés, mais dont nous ne pouvons pas apprécier rigoureusement l'efficacité, faute de faits; et la *seconde* présentera le traitement de l'ozène, tel qu'il résulte des recherches faites dans les auteurs, tant anciens que modernes, qui ont cité des faits à l'appui.

Section 1re. — Aul. Corn. Celsus (*de re medicâ*, lib. VI, cap. v, sect. I), qui a distingué les ulcères des fosses nasales en ceux qui sont sans odeur et ceux qui donnent de la fétidité à l'haleine, division à laquelle on peut rapporter celle de Deschamps et de Boyer, Celsus employait contre l'ozène un traitement qui peut se résumer par la prescription suivante :

PREMIÈRE ORDONNANCE.

TRAITEMENT DE CELSE.

1°. Introduire dans la narine malade une petite sonde enveloppée de laine et trempée dans un mélange de miel et d'une petite quantité d'*huile de térébenthine;* recommander au malade d'aspirer jusqu'à ce que le goût de l'essence se fasse sentir.

2°. Après avoir fait aspirer par les narines de la vapeur d'eau chaude, y introduire une petite quantité d'*amurca* (marc de l'huile d'olive rendu astringent par son ébullition dans un vase de cuivre), de suc de menthe, ou de marrube, ou de vitriol blanc (*atramentum sutorium candens factum*). Ces

substances doivent être jointes à une petite quantité de miel, excepté toutefois la préparation de vitriol, dans laquelle la proportion du miel doit être telle, que le remède soit liquide. Le liniment doit être porté dans les narines à l'aide de la sonde enveloppée de laine, comme le précédent, et son application doit avoir lieu deux fois par jour l'hiver et le printemps, et trois fois l'été et l'automne.

3°. Si ces remèdes ne suffisent pas, Celse conseille, d'après un certain nombre de praticiens, de recourir à la cautérisation à l'aide du cautère actuel, ainsi qu'il suit :

Prenez une petite canule, portez-la dans la narine jusqu'à ce qu'elle parvienne au siége du mal, et par elle portez jusqu'à ce point un petit fer rougi à blanc. Quelques médecins faisaient même une incision depuis la partie inférieure de la narine jusqu'à la bouche, pour apercevoir l'ulcère à cautériser.

Après la *cautérisation*, il faut oindre le lieu brûlé avec un mélange de *vert-de-gris* et de miel.

En résumé, Celse ne recommande guère qu'une médication topique, qui consiste dans l'emploi des astringens et du cautère actuel.

Le liniment suivant était ordinairement employé par Galien, et c'est le seul médicament qu'on puisse lui emprunter.

TOPIQUE DE GALIEN.

℞ Litharge blanche (*Spuma argenti*)........	12 grammes.
Céruse................................	8 grammes.
Écorce de grenade......................	8 grammes.
Alun scissile..........................	8 grammes.

Réduisez ces substances en poudre fine; mêlez avec soin dans un mortier, en ajoutant :

Vin aromatique........................	100 grammes.

Quand le mélange aura la consistance du *strigmentum*, ajoutez.

Huile de myrrhe......................	120 grammes.

Ramenez à la consistance du miel, et conservez pour l'usage.

On introduit ce médicament dans les fosses nasales, à l'aide d'un linge roulé, ou de la sonde enveloppée à la manière de Celse.

Je ne dirai qu'un mot de la médication conseillée par Rhazès (lib. quartus, tract. secund., *de Fœtore narium*), qui, à son ordinaire, prescrit plusieurs médicamens étranges ; mais il m'a paru important de noter que le premier il avait conseillé les insufflations dans les narines, faites avec une substance bien active, car il ne s'agit de rien moins que de l'arsenic rouge.

INSUFFLATIONS ARSENICALES DE RHAZÈS.

Rhazès mélangeait ensemble et en petite quantité :

L'arsenic rouge (sulfure d'arsenic rouge ; Réalgar) ;
Le colcothar (*atramentum rubrum* ; oxyde rouge de fer) ;
Puis il les mélait à des poudres odoriférantes de myrrhe, d'amomum, etc., et faisait, à l'aide de ce mélange pulvérulent, des *insufflations* dans la narine malade.

Suivant Rhazès, Ruffus combattait la maladie dont il s'agit, soit en instillant dans les fosses nasales le suc de *menthastre* (menthe à feuille ronde), soit en le faisant aspirer, après l'avoir desséché et réduit en poudre. Cette substance, ayant été dans la suite fortement recommandée, il importait de la faire connaître et d'indiquer celui qui le premier l'avait mise en usage.

A ces médicamens topiques Avicenne (*de Ulceribus in naso*, lib. III, cap. III et IV, tract. 2, p. 590, éd. de 1595) n'en a ajouté que de très peu importans, si ce n'est la *céruse* et la *litharge*, qu'il employait sous forme d'emplâtre. Mais il est intéressant de constater qu'il commence à mettre en usage de nouveaux moyens, tels que l'ouverture de la veine à l'extrémité du nez et les purgatifs. En somme, son traitement n'a pour nous qu'une bien faible valeur.

Nous trouvons dans Fernel (*Pathol.*, lib. V, cap. VII,

de Morb. narium; ed. 1679), un traitement bien plus complet, et qui a eu tant de faveur dans les siècles qui ont précédé le nôtre, que la plupart des auteurs venus après lui se sont à peu près bornés à le lui emprunter. En en présentant ici les principaux points, j'aurai donc presque entièrement fait connaître la pratique ancienne.

DEUXIÈME ORDONNANCE.

TRAITEMENT DE FERNEL.

1°. Faire tomber les croûtes, sans les arracher ; on y parvient par des fomentations d'eau tiède, ou des onctions avec du beurre frais, de la graisse récente d'oie ou de poule, et de l'huile d'amandes douces.

2° Sécher et déterger les ulcères avec l'*errhin* suivant :

℞ Décoction d'orge non mondé,
de roses rouges,
d'aigremoine,
de petite centaurée,
d'absinthe,
de plantain,
de morgeline;

Dissolvez dans *cinq cents grammes* de cette décoction :

Miel rosat.............................. 120 grammes.

Suivant Fernel, cet errhin suffit souvent pour guérir les ulcères ; mais l'eau alumineuse est encore plus efficace.

3°. Après ces moyens, cet auteur célèbre en indique un qui depuis, et surtout de nos jours, a été très-vanté ; je veux parler de l'*eau de sublimé,* dont on trouve la formule suivante dans la *Pharmacopée universelle* de M. Jourdan (t. II, p. 65) :

℞ Sublimé corrosif........................ 4 grammes.
Eau distillée............................ 369 grammes.

Faites dissoudre.

Malheureusement Fernel n'entre pas dans d'assez grands détails sur l'emploi de ce remède.

Viennent ensuite d'autres moyens qu'on peut exposer dans l'ordonnance suivante :

TROISIÈME ORDONNANCE.

1°. L'ulcère étant bien détergé, saupoudrez-le avec de la poudre de rose rouge desséchée, ou bien avec de la poudre de pompholix et de corail.

2°. Faites faire (d'après G. Rondelet) les fumigations suivantes :

℞ Orpiment........ }
Cinabre.......... } ââ parties égales (1 gramme);

Ajoutez :

Myrrhe,
Encens,
Mastic;

Formez, à l'aide de la térébenthine, un trochisque pour la fumigation. (On place le trochisque sur un fer rouge ou des charbons ardens, et le malade aspire par les narines la fumée qu'on a soin d'y diriger au moyen du bec d'un entonnoir.) Nous verrons plus loin comment ces fumigations ont été pratiquées par M. Werneck.

2°. Faire un fréquent usage de l'errhin suivant :

℞ Musc	0,30	grammes.
Ambre	0,10	grammes.
Girofle	2	grammes.
Noix muscade	8	grammes.
Renfermez dans un nouet, et faites macérer dans :		
Eau de sauge	1000	grammes.
de rose	180	grammes.

3°. Une ou plusieurs saignées.

4°. Purgatifs.

Tels sont les principaux moyens de traitement employés par Fernel; j'aurai occasion de revenir sur quelques-uns d'entre eux.

Cautère actuel. On a vu que Fernel n'avait pas parlé du caractère actuel; Fabrizio d'Aquapendente (cap. XXVI, *de Ozæna, narium ulcere.* Lug. 1628, p. 93) en fait mention, mais pour blâmer la cautérisation et pour y substituer la dessiccation de l'ulcère à l'aide de *l'échauffement par le cautère objectif.* Il propose d'introduire une canule fermée dans la narine, et d'y pousser, à plusieurs reprises et pendant

très-peu de temps chaque fois, un fer incandescent, de manière à élever la température de la paroi nasale, sans causer de douleur. Il conseille aussi l'usage d'un *onguent de céruse.*

Parmi les nombreux moyens indiqués par Fonseca, il n'en est que deux qui méritent une mention : le premier est bizarre à cause du siége de l'application; aussi n'a-t-il pas été adopté par beaucoup de praticiens. Voici en quoi il consiste :

℞	Poudre de roses	āā 4 grammes.
	Mastic	
	Encens	
	Macis	

Faites, avec de la cire et de la térébenthine, un cérat, *qu'on appliquera sur le sinciput*, après l'avoir rasé, et qu'on y laissera pendant quelques jours.

Le second moyen consiste dans un masticatoire ou dans un gargarisme irritant, qu'il n'est pas sans utilité de faire connaître.

MASTICATOIRE.

℞	Sucre blanc	30 grammes.
	Mastic	15 grammes.
	Poivre long	āā 4 grammes.
	Pyrèthre	
	Staphysaigre	

Réduisez ces substances en poudre, puis faites-en de petites boules qu'on gardera dans la bouche l'espace d'une demi-heure, le matin, à jeun.

GARGARISME.

℞	Hydromel	30 grammes.
	Poivre	8 grammes.

M. Faites chauffer ce gargarisme, pour s'en servir trois ou quatre fois dans la matinée.

Il est évident que ces remèdes de Fonseca ne peuvent être que des adjuvans, lorsqu'il existe des ulcérations dans les fosses nasales; on pourrait plutôt,

par conséquent, les prescrire dans le coryza chronique simple.

Pierre Van Foreest (Forestus, *de Nasi affectibus*, lib. XIII. Roth. 1653), qui employait à très-peu près les mêmes médicamens que Galien, y avait néanmoins ajouté un moyen inusité jusqu'à ce jour : ce sont les ventouses scarifiées.

Primò, dit-il, *Alvum duco*, *humores æquo*
Cucurbitulisque scapulis affixis
Carneque ferro incisâ, *sanguinem mitto*.

Il cite deux observations de guérison par ce traitement, joint au liniment de Galien (*voy.* p. 163).

Plater, cité par Bonet (*Thesaur. med. pract.; ulcera narium*, p. 104, t. I. Genèv. 1691) commença à employer la cautérisation, sans avoir recours au cautère actuel. Il faut, dit-il, à l'aide d'un petit pinceau imbibé d'*eau forte* un peu étendue d'eau, toucher avec précaution les ulcères. Il employait aussi, dans le même but, l'eau dans laquelle on avait fait éteindre de la chaux.

Scultet (*Armentar*, 1666. Part. prin. tab. XXXII, p. 64) cite une observation dans laquelle il a obtenu la cicatrice d'un ulcère de la cloison, après toutefois que celle-ci a été perforée. Scultet employait le *cautère actuel*, introduit à l'aide d'une canule, en prenant les précautions suivantes, qui me paraissent devoir être connues.

CAUTÉRISATION ; PROCÉDÉ DE SCULTET.

« Je pris une canule convenable (c'est-à-dire ayant son ouverture sur le côté), je l'enveloppai d'un linge trempé, avec expression, dans du vin, afin de protéger les parties saines, et je l'introduisis dans la cavité nasale ulcérée, de

telle manière que l'ouverture correspondît exactement à l'ulcère.... Ensuite j'introduisis, par cette canule, un stylet incandescent, que je retirai aussitôt. Je répétai quatre ou cinq fois l'introduction du stylet rougi, mais avec la plus grande promptitude. Il faut, pour cette opération, au moins deux stylets chauffés à blanc. »

Bonet (*loc. cit.*) a donné des extraits de plusieurs auteurs sur le traitement de l'ozène. Oswald Grembs, W. Hæferus, Saxonia, Wedelius, sont tous cités avec leurs formules particulières; mais comme ces praticiens n'ont rien ajouté aux moyens précédemment employés, et qu'ils ne leur ont pas fait subir de modifications réellement importantes, il est inutile d'indiquer leur méthode de traitement.

TRAITEMENT DE RIVIÈRE.

Laz. Rivière (*Prax. med.*, lib. IV, 1663) a presque littéralement copié Fernel, et conseille un traitement à peu près identique. Je me bornerai donc à citer deux formules, dont l'une a de l'importance, puisque c'est l'eau de sublimé recommandée par Fernel, et qui n'est guère différente de celle que M. Trousseau a prescrite dans ces derniers temps, et dont l'autre contient un bon nombre de médicamens employés par les anciens contre l'ozène.

Eau sublimée ou *de sublimé.*

℞	Eau de plantain........................	120 grammes.
	Sublimé cru........................	0,60 grammes.

Faites bouillir dans une fiole de verre jusqu'à réduction de moitié. On peut augmenter ou diminuer la proportion du sublimé, suivant qu'on veut rendre le remède plus ou moins actif. (Rivière.)

Onguent siccatif.

℞	Verjus........................	15 grammes.
	Écorce de grenade..................	ââ 12 grammes.
	Fleurs de grenadier..................	

Myrrhe	}	āā 8 grammes.
Alun		
Laudanum		
Chalcite	}	āā 4 grammes.
Aloës		
Écorce d'encens (*corticis thuris*)		
Huile de roses	}	āā 30 grammes.
de myrrhe		
Cire jaune		Q. S.

Faites un onguent dont on enduira la surface ulcérée, ou bien faites dissoudre dans du vin, de l'eau de plantain, etc., afin que le malade attire fréquemment le liquide dans les fosses nasales, par aspiration. Rivière conseille aussi de faire des insufflations dans les narines avec les poudres qui entrent dans la composition de cet onguent.

Mercuriaux. Spotiswood (*Med. observ. et inq.*, vol. II, p. 223) paraît avoir eu le premier l'idée d'administrer une préparation mercurielle à l'*intérieur*, pour la guérison de l'ozène. Comment y fut-il conduit? On ne peut le dire; car, dans le seul cas qu'il a cité, il n'y avait, suivant lui, aucun motif de croire que l'affection fût vénérienne. Le malade prit 3,10 grammes de *sublimé;* la guérison ne fut pas complète; mais, à plusieurs reprises, sous l'influence du remède, une amélioration très-notable eut lieu.

A dater d'Hundertmark (*de Ozœnâ venereâ.* Lisp. 1758), le traitement de l'ozène se rapproche beaucoup de celui qui est aujourd'hui mis en usage par les praticiens. Cet auteur prescrit formellement et les *injections de deuto-chlorure de mercure*, reprises par M. Trousseau, et la *cautérisation avec le nitrate d'argent*, remède par excellence de M. J.-J. Cazenave. J'aurai plus loin occasion de parler longuement de ces agens thérapeutiques. Je me bornerai pour le moment à indiquer le remède interne auquel Hundertmark attribuait la plus grande efficacité.

FORMULE D'HUNDERTMARK.

♃	Magnésie blanche	0,65 grammes.
	Panacée mercurielle (calomel)	0,30 ou 0,40 grammes.
	Camphre	0,15 ou 0,20 grammes.
	Soufre doré d'antimoine	0,10 grammes.

Mêlez sans triturer.

Prendre le matin, à jeun, deux grains de cette poudre, dans une tasse de décoction d'écorce de Winter.

Hundertmark cite plusieurs cas très-graves dans lesquels l'emploi de ce médicament a eu un plein succès. Il repousse à plusieurs reprises la liqueur recommandée par Van Swieten, dont elle porte le nom. Il a, dit-il, fait l'expérience du danger que présentait cette préparation; mais il ne nous apprend pas quelles précautions il avait prises dans son administration.

Un moyen singulier a été recommandé par Percival (*Essays med.*, vol. II, p. 235. Lond. 1773, 2e éd.). Cet auteur assure que l'air fixe (nom donné par Black à l'acide carbonique), porté dans les narines avec un tube, paraît être la meilleure application contre l'ozène, soit que la maladie ait son siége dans l'antre d'Hygmore, soit qu'elle ait attaqué les sinus frontaux. Dans le cas où l'on voudrait employer ce moyen, on s'y prendrait de la manière suivante :

TRAITEMENT PAR L'ACIDE CARBONIQUE (Percival).

Remplissez une vessie à robinet, de l'acide carbonique qui se dégage du sous-carbonate de chaux mis en contact avec l'acide hydrochlorique affaibli; puis adaptez au robinet de la vessie un tube de 5 à 6 millimètres de diamètre, à l'aide duquel vous dirigerez le gaz dans la narine malade.

Pour juger du degré de confiance qu'on peut avoir dans ce moyen, il suffit de dire que Percival lui trou-

vait également une vertu souveraine dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

On ne trouve rien de vraiment original sur le traitement de l'ozène jusqu'à ces dernières années, où cette maladie a été étudiée avec autant de soin qu'à aucune époque antérieure.

Traitement par le chlorure de chaux.

En 1830 et 1833, MM. W. Horner (*Amer. Journal of the Medical Sciences*; mai 1830) et W. Maclay-Awl (*Ibid.*, mai 1833), publièrent plusieurs observations de coryza ulcéreux fétide, dans lesquelles l'emploi du *chlorure de chaux* eut un plein succès; voici la formule de M. Horner :

℞ Chlorure de chaux liquide..............	1/2 cuillerée.
Eau pure............................	75 grammes.

M.

Faire deux fois par jour des injections avec ce liquide.

Dans le cas cité par W. Maclay-Awl, il survint d'abord, dès qu'on eut recours au chlorure de chaux, des éternumens d'une violence extrême, puis il se développa des douleurs si vives, et l'on vit apparaître des hémorrhagies si abondantes, qu'on fut obligé de suspendre le médicament pendant une semaine. Si de pareils accidens arrivaient, il ne faudrait pas, pour cela, renoncer au remède, car à la seconde reprise les effets furent beaucoup moins violens, et au bout de deux mois la guérison de plusieurs ulcères qui avaient pu être aperçus dans les deux narines, fut consolidée. Dans le cours du traitement, le chlorure de chaux avait l'avantage de diminuer de beaucoup la fétidité.

Je viens d'exposer les divers traitemens qui ont

eu le plus de faveur chez les anciens et chez les modernes. Reste maintenant à en apprécier rapidement la valeur, à formuler méthodiquement le traitement qn'on doit adopter, à tracer, en un mot, la ligne de conduite que doit suivre le praticien.

Une réflexion générale s'applique d'abord à presque tout ce que les anciens nous ont laissé sur le traitement de cette maladie, comme sur celui de tant d'autres ; confondant entre elles plusieurs affections qui n'ont de commun que des symptômes secondaires, ou du moins n'ayant pas le soin de faire les distinctions nécessaires lorsqu'ils en venaient à l'application du traitement, et par-dessus tout ne procédant que par assertion et non par démonstration, ils nous ont laissé dans la plus grande incertitude sur la valeur des moyens qu'ils ont employés. Il eût cent fois mieux valu qu'ils nous eussent cité leurs cas de succès et d'insuccès, que de nous vanter tels médicamens, parce qu'ils dessèchent la tête, et empêchent l'humeur morbide de tomber sur les fosses nasales, et tels autres, parce qu'ils réconfortent les tissus débilités. Il suit de tout cela que la plupart des agens thérapeutiques cités plus haut doivent être regardés par le praticien comme des moyens à expérimenter, quand ceux dont l'utilité est mieux démontrée n'ont pas réussi, mais qu'il ne faut pas leur accorder une aveugle confiance. Dès qu'il deviendra probable qu'une des prescriptions qui vont suivre n'a pas de succès réel, il faut passer à la suivante sans insister, et surtout recourir le plus promptement possible aux mercuriaux et à la cautérisation par le nitrate d'argent, seuls moyens qui aient pour eux des expériences positives.

Section 2e. Résumé ; ordonnances. — Les *purgatifs* et les *astringens* sont les médicamens qui ont été le plus généralement employés, ainsi qu'on l'a vu plus haut; la plupart des auteurs les ont mis exclusivement en usage. On peut donc commencer par eux le traitement, à moins toutefois qu'il y ait quelques signes d'inflammation aiguë, car alors il faudrait recourir d'abord aux émolliens et aux antiphlogistiques.

QUATRIÈME ORDONNANCE.

Dans les cas où il existe des signes d'acuité.

1°. Pour boisson, décoction d'orge miellée.

2°. Faire trois ou quatre fois par jour des fomentations d'eau de guimauve ou de lait tiède dans les narines, en ayant soin d'attirer, par l'aspiration, une petite portion du liquide dans les fosses nasales.

3°. La nuit, appliquer sur le nez un cataplasme de fécule de pomme de terre.

4°. Tous les soirs, un lavement émollient.

5°. Régime doux et léger.

Antiphlogistiques. — Cette prescription n'a pour but que de faire disparaître les symptômes d'inflammation aiguë. Il n'y a pas de fait authentique qui prouve que par ces moyens seuls ont ait guéri un coryza ulcéreux, même léger. Mais on trouve dans les *Annales de la Médecine physiologique* (1826, t. X, p. 242) un exemple de guérison d'ulcérations considérables et très-enflammées, par un traitement antiphlogistique très-énergique, et cela après que la maladie eût été aggravée par les astringens et les caustiques. Il est fâcheux que la description de la lésion nasale ne soit pas aussi détaillée qu'il eût été nécessaire pour nous éclairer entièrement sur la nature et la gravité du mal. Voici le traitement qui fut mis en usage :

CINQUIÈME ORDONNANCE.

Traitement antiphlogistique.

1°. Boissons adoucissantes ou acidules.

2°. Deux applications, à deux jours d'intervalle, de vingt sangsues autour du nez.

3°. Fumigations aqueuses dirigées vers les fosses nasales, soit à l'aide du bec d'une théière ou d'un entonnoir, soit librement, la tête étant couverte d'un linge.

4°. Bains généraux tous les deux ou trois jours.

5°. Pédiluves sinapisés, le soir.

6°. Régime sévère, composé de légumes, de laitage et de quelques viandes blanches.

7°. Se couvrir de flanelle.

Au bout de deux mois de ce traitement, l'inflammation était dissipée, et quelque temps après la cicatrisation était complète.

Ce fait paraît tout aussi concluant que peut l'être un fait isolé, mais il est le seul de ce genre. Dans un cas cité par M. Priou (de Nantes), trois ou quatre sangsues par semaine, et en dernier lieu quarante à la fois appliquées à l'entrée des narines et autour du nez, firent bien disparaître les symptômes inflammatoires les plus aigus, mais les ulcérations ne furent pas sensiblement modifiées par ce moyen.

Astringens et *purgatifs*. — Les médicamens topiques *astringens*, aidés de quelques *purgatifs*, seront administrés de la manière suivante :

SIXIÈME ORDONNANCE.

Astringens et purgatifs.

1°. Pour tisane :

℞	Roses pâles........................	10 grammes.
	Eau bouillante........................	500 grammes.

Laissez infuser pendant vingt minutes, et ajoutez :

Sirop de miel........................	35 grammes.

A prendre par grandes tasses dans la journée.

2°. Introduire dans la narine malade, à l'aide d'un petit pinceau, le liniment de Galien (*Voy.* page 163), ou l'onguent siccatif de Rivière (*Voy.* page 169), ou tout simplement la poudre errhine de Vogt, incorporée dans le miel selon la formule suivante :

♃ Alun..............................	0,50	grammes.
Extrait de ratanhia................	} ââ 8	grammes.
Écorce de chêne....................		

Incorporez exactement dans :

Miel simple........................	10	grammes.

Toucher trois fois par jour les ulcérations avec ce mélange.

L'alun peut être encore insufflé dans le nez, ou aspiré par le malade à la dose suivante :

♃ Alun pulvérisé........................	1	gramme.
Gomme arabique en poudre............	5	grammes.

M. exactement

Une prise de cette poudre, de trois à six fois par jour, suivant l'effet produit.

Enfin on peut pratiquer les injections suivantes :

♃ Alun..................................	1	gramme.
Infusion de roses rouges...............	20	grammes.
Sulfate de zinc........................	0,4	grammes.

Pour trois injections par jour.

(Il est inutile de dire que si l'effet du médicament était trop violent, ce qui a lieu dans quelques cas, on devrait augmenter la proportion de l'excipient pulvérulent ou liquide).

3°. Prendre, tous les deux jours, un purgatif peu violent, par exemple l'émulsion purgative suivante :

♃ Infusion de séné......................	150	grammes.
Gomme arabique.........................	5	grammes.
Huile d'amandes douces................	15	grammes.
Sucre..................................	20	grammes.

M.

A prendre en quatre fois dans la journée. Ne donner les dernières doses que dans le cas où les premières n'auraient pas produit une purgation suffisante.

Chez les enfans, on remplacera cette émulsion par le *savon de jalap*, ainsi qu'il suit :

♃ Résine de jalap pulvérisée............	4	grammes.
Savon médicinal râpé..................	8	grammes.

Faites dissoudre à une douce chaleur dans

Alcool à 32°...........................		Q. S.

Évaporez jusqu'à consistance pilulaire.

La dose sera de 0,50 grammes chez les enfans de quatre ans environ, et de 1 gramme chez les enfans plus âgés.

4°. Tous les soirs, un lavement d'eau de guimauve, avec cinq à six cuillerées à bouche d'huile d'olive.

5°. Régime très-doux; s'abstenir de liqueurs alcooliques, et même de vin pur, à moins que le sujet ne soit scrofuleux ou épuisé par des symptômes syphilitiques, auquel cas les praticiens recommandent un régime un peu fortifiant, et un peu de vin pur aux repas.

Préparations de plomb.—Les *préparations saturnines* ont été, comme on l'a vu, très-préconisées; dans la prescription suivante, elles jouent le principal rôle :

QUATRIÈME ORDONNANCE.

Préparations de plomb.

1°. Même tisane que dans la précédente.

2°. Oindre trois ou quatre fois par jour les fosses nasales (toujours à l'aide d'un pinceau ou de la sonde enveloppée d'un linge) avec l'onguent blanc Rhasis; ou le cérat de minium préparé ainsi qu'il suit :

♃ Cire blanche........................... 8 grammes.
Faites-la fondre, et ajoutez
Huile.................................. 16 grammes.
Incorporez dans le mélange
Minium broyé avec un peu d'huile....... 4 grammes.

L'onguent suivant a été conseillé avec succès, dans les circonstances où nous supposons le malade, par Léautaud, chirurgien d'Arles (*Journ. de Méd. et de Chir.*, par Roux, t. XVII. 1762) :

♃ Litharge..........................
Plomb sulfuré......................
Céruse.............................
Pierre de calamine .... } ââ 8 grammes.

Réduisez en poudre, et triturez en ajoutant successivement une cuillerée d'*huile rosat* et une cuillerée de parties égales de suc de morelle et de joubarbe, jusqu'à consistance d'onguent.

Enduire une tente de cet onguent, et l'introduire dans le nez; réitérer l'application trois fois par jour.

3°. Matin et soir une injection dans les fosses nasales avec le liquide suivant :

℞ Acétate de plomb.................. 0,90 grammes.
Eau de roses....................... 200 grammes.

Faites dissoudre.

4°. S'il existe des signes de scrofules, on prescrira :

℞ Sirop de gentiane.................
de quinquina................
d'écorces d'oranges amères.... } ââ 500 grammes.

M. A prendre à la dose de trois cuillerées à bouche dans la journée.

5°. Régime fortifiant; une petite quantité de vin pur à chaque repas.

A ces prescriptions on pourra ajouter avec avantage quelques-uns des divers *errhins* dont j'ai donné plus haut la formule. Ils sont généralement composés de substances irritantes; surtout, ils sont aromatiques et masquent l'odeur fétide des narines. Aujourd'hui que les chlorures sont regardés comme les meilleurs désinfectans, on peut remplacer avantageusement ces errhins par des lotions chlorurées; mais on a vu plus haut que ces lotions avaient été employées non-seulement comme moyen palliatif, mais encore comme moyen curatif. J'ai déjà donné la formule de M. Horner; voici celle de M. Maclay-Awl :

Injections de chlorure de chaux.

℞ Chlorure de chaux en poudre... 1 cuillerée à thé (environ 2 grammes).
Eau.......................... 1 verre.

Faites dissoudre; passez la solution.

Pour injections trois fois par jour, poussées aussi loin que possible dans les fosses nasales.

On pourra employer comme adjuvant le masticatoire de Fonseca. (*Voy.* pag. 167.)

Médication anti-syphilitique. J'ai dit plusieurs fois, et c'est une vérité reconnue par tous les auteurs,

qu'un très-grand nombre de coryzas ulcéreux fétides étaient de nature syphilitique. On devra donc, au moindre soupçon, recourir aux moyens recommandés contre cette espèce particulière, et qui ont obtenu des succès frappans. Les prescriptions suivantes rempliront ce but :

CINQUIÈME ORDONNANCE.

Ozène syphilitique.

1°. Pour tisane :

℞ Gayac râpé.................... } Daphné mezereum coupé........... }	ââ 35 grammes.
Eau............................	1500 grammes.

Faites bouillir jusqu'à réduction d'un tiers.
Passez et édulcorez avec :

Sirop de gentiane..................	60 grammes.

A prendre par tasses dans la journée.

2°. Tous les matins à jeun, 0,10 grammes de la poudre d'Hundertmark (*voy.* pag. 171) dans une tasse de décoction d'écorce de Winter.

3°. Introduire deux fois par jour dans la narine une petite quantité de *miel de mercure doux*.

℞ Proto-chlorure de mercure...........	5 grammes.
Miel despumé......................	35 grammes.

M.

Ou bien faire priser au malade la poudre dont M. Rousseau a donné la formule :

℞ Précipité blanc....................	1,20 grammes.
Oxide rouge de mercure............	0,60 grammes.
Sucre candi en poudre..............	16 grammes.

M.

4°. S'abstenir de mets épicés et de liqueurs alcooliques. Se couvrir le corps de flanelle, et éviter avec soin le froid, et surtout le froid humide.

La prescription suivante présente aussi de grands avantages contre l'ozène syphilitique :

SIXIÈME ORDONNANCE.

Ozène syphilitique.

1°. Pour tisane :

℞ Squine coupée............... ...		
Gayac, *idem*....................	āā	60 grammes.
Salsepareille, *idem*.............		

Faites bouillir jusqu'à réduction d'un tiers dans

Eau.......................... 1500 grammes.

Passez et édulcorez avec

Sirop de Cuisinier.............. 125 grammes.

A prendre par tasses dans la journée.

2°. Prendre matin et soir une des pilules suivantes :

℞ Proto-iodure de mercure.........		0,20 grammes.
Rob de sureau..................	āā	Q. S.
Poudre de réglisse..............		

Pour vingt pilules.

Au bout de huit jours, on pourra donner une pilule de plus, et au bout de quinze, doubler la première dose.

Les *pilules de Sédillot* peuvent remplacer les précédentes. Voici la formule adoptée par M. Rayer pour le traitement des symptômes secondaires de la syphilis :

℞ Onguent mercuriel..................	4 grammes.
Savon médicinal.....................	3 grammes.
Poudre de réglisse..................	1 gramme.

F. S. A. trente-six pilules, dont on prendra une le matin et une le soir pendant toute la durée du traitement.

3°. Deux fois par jour une injection avec l'*eau de sublimé*, suivant la formule de Rivière (*voy.* pag 169), ou de M. Trousseau (*voy. Coryza chronique*.

4°. Le reste du traitement, comme dans l'ordonnance précédente.

Je n'ai point fait entrer dans ces prescriptions les fumigations de cinnabre, parce que quelques explications sont nécessaires à leur sujet. Ces fumigations ne sont pas sans danger. Déjà Fabrice de Hilden (Cent. II, obs. XXIII. *E suffitu ozæna gravissima*, etc., pag. 101, ed. Francf.) s'était élevé avec énergie contre l'emploi de ce moyen, auquel il attribuait de graves

accidens arrivés dans plusieurs cas. Toutefois on ne doit pas accueillir ses assertions sans quelques restrictions ; car n'ayant pas cherché à apprécier la nature de l'ozène, et désignant par ce nom des maladies aux progrès desquelles il est impossible de s'opposer, et dont la terminaison est nécessairement funeste, il a pu prendre l'aggravation naturelle des symptômes pour un effet des fumigations de cinnabre. Mais ce n'est pas seulement une aggravation des symptômes locaux qui peut résulter de ces fumigations : des accidens d'empoisonnement mercuriel, une irritation redoutable des organes respiratoires, la salivation, etc., ont encore suivi leur emploi. Le praticien doit donc être très-réservé dans son application. On ne doit pas néanmoins y renoncer, car un assez grand nombre de faits, et notamment ceux qui ont été rapportés par Lalouette (*Anc. Journ. de Médecine*, tom. XLV, p. 195), et par M. Werneck (*Journ. für die Chir. Augenheilkunde*, tom. XIV, analysé dans la *Revue méd.*, 1831, tom. I, pag. 120), prouvent qu'elles peuvent être avantageuses. On pourrait donc y avoir recours, si les autres préparations mercurielles avaient échoué, et c'est pourquoi je vais faire connaître la manière dont le dernier de ces auteurs veut que soient pratiquées les fumigations, ainsi que les autres moyens qui complètent son traitement.

SEPTIÈME ORDONNANCE.

TRAITEMENT DE M. WERNECK.

1°. Pour boisson, de l'eau pure ou une forte décoction de salsepareille.

2°. Pendant six jours, un bain tiède chaque soir.

3°. Dès le premier jour de ce traitement, un purgatif. M. Werneck emploie ordinairement une forte dose de décoction de Zittmann, préparée sans mercure, suivant la formule suivante :

℞ Salsepareille contuse................	375 grammes.
Eau..............................	9 kilogrammes.

Faites infuser pendant vingt-quatre heures, puis renfermez dans un nouet que vous suspendrez dans le liquide :

Sucre d'alun (*sucre et alun, parties égales*). 32 grammes.

Faites bouillir jusqu'à réduction des deux tiers, et vers la fin de l'ébullition ajoutez :

Anis...........................	ââ 16 grammes.
Fenouil.........................	
Feuilles de séné................	96 grammes.
Réglisse........................	48 grammes.

Filtrez.

Quatre à cinq verres, matin et soir.

4°. Ne point permettre au malade de quitter sa chambre, qui doit avoir constamment une température de 17 à 18 degrés centigrades, et dont l'air doit être renouvelé chaque jour.

5°. Panser les ulcères à l'eau simple.

6°. Pour régime, trois potages par jour seulement. Ces potages seront préparés au riz, au gruau, à l'orge mondé, mais sans bouillon.

7°. Terminer ce traitement préparatoire, qui doit durer six jours, par un purgatif, comme il a été commencé.

Alors on fait les fumigations de cinnabre ainsi qu'il suit :

FUMIGATIONS DE CINNABRE.

PROCÉDÉ DE M. WERNECK.

L'appareil fumigatoire est composé d'une lampe à l'alcool, sur laquelle on place, à l'aide d'un trépied, une assiette de porcelaine contenant le cinnabre. Cet appareil est mis sous le siége que doit occuper le malade. Celui-ci étant assis, on le couvre, y compris la tête, d'un manteau de toile cirée, dont on l'enveloppe avec soin, afin que les vapeurs de cinnabre ne se répandent pas en trop grande quantité dans la chambre. Il suffit alors d'allumer la lampe pour que la fumigation ait lieu. Chaque fumigation ne dure ordinairement qu'un quart d'heure et doit être faite le soir, car le malade doit se mettre

immédiatement au lit. La chambre dans laquelle on pratique ces fumigations doit avoir une température de 24° centigr.

La dose du cinnabre est de 1 *à* 2 *grammes par fumigation.* (Il vaudrait peut être mieux commencer par une dose moins forte, qu'on augmenterait avec précaution.)

Une fumigation par jour est toujours suffisante. Dans des cas rares, on est forcé de n'y recourir que tous les deux ou trois jours. C'est au praticien à en juger d'après les effets produits.

L'inspiration des vapeurs mercurielles détermine souvent la salivation avec beaucoup de facilité. Il faut alors suspendre les fumigations pendant quelques jours, et, lorsqu'on les reprend, diminuer la dose du cinnabre.

Pendant toute la durée du traitement, il est inutile que le malade change de linge, lequel est constamment sali par les atomes de mercure; mais quand le traitement est achevé, il doit prendre un bain de savon et changer de vêtemens. Il faut aussi qu'il garde la chambre pendant quinze jours encore et s'abstienne de toute liqueur stimulante.

Cautérisation. On a vu plus haut que la cautérisation des fosses nasales, dans l'ozène, était une pratique fort ancienne. Dans les premiers temps, on employait le cautère actuel, procédé qui a procuré des guérisons solides, mais qui, d'après tous les praticiens, offre d'assez grands dangers. Dans le cas où l'on croirait devoir recourir à ce moyen extrême, on devrait employer le procédé de Scultet (*voy.* p. 168).

C'est sans doute la crainte des accidens qui peuvent survenir à la suite de l'application du cautère actuel sur des parties telles que les fosses nasales, qui inspira à Plater (*voy.* pag. 168) l'idée de se servir, dans le même but, d'un pinceau trempé dans l'acide azotique. Cette pratique me paraît très-difficile, à moins que l'ulcère ne soit très-voisin de l'ouverture

des fosses nasales; car comment porter à une certaine hauteur, sans léser les parties saines, un pinceau imbibé d'un caustique aussi puissant?

Hundertmark, qui proscrivait la cautérisation par le cautère actuel, a proposé formellement, ainsi que je l'ai dit plus haut, la cautérisation par le nitrate d'argent fondu. Voici ce qu'il dit à ce sujet *loc. cit.*) : « Si l'œil peut découvrir l'ulcère et l'os altéré, le meilleur moyen est d'y appliquer la *pierre infernale;* puis, afin de favoriser la chute de l'escarre, on peut instiller dans son centre une goutte d'huile de vitriol, la scarifier, et appliquer sur elle un onguent digestif, composé de térébenthine cuite, de baume d'arcæus et d'huile de millepertuis. »

Mais, bien que ce moyen eût été déjà mis en usage, on peut dire que M. J.-J. Cazenave (de Bordeaux) se l'est approprié par les modifications importantes qu'il lui a fait subir, et qui l'ont rendu, entre ses mains, d'une efficacité incontestable.

On a vu plus haut (pag. 153) la manière dont M. Cazenave explore les fosses nasales, afin de connaître positivement le siége de la maladie. Par ce procédé, tantôt il découvre un épaississement, un boursouflement de la muqueuse et des ulcérations variables en nombre et en étendue, et tantôt il constate que ces lésions, si elles existent, sont hors de la portée de toute exploration. Dans l'un et l'autre cas, on doit avoir recours à la cautérisation par le nitrate d'argent fondu; seulement, lorsque le siége de la lésion ne peut pas être constaté, il faut promener le caustique aussi loin que possible dans l'intérieur des fosses nasales. Voici la manière dont M. Cazenave pratique la cautérisation :

CAUTÉRISATION A L'AIDE DU NITRATE D'ARGENT, PAR LE PROCÉDÉ DE M. CAZENAVE (de Bordeaux).

1°. *Cautérisation par le nitrate d'argent sec.*

« Les porte-caustiques dont je me sers pour la cautérisation de la membrane pituitaire, dit cet auteur (*du Coryza chronique et de l'Ozène non vénérien*, 1835, p. 32 et suiv.), sont de trois sortes, de divers diamètres, et consistent en une tige d'ébène bien polie, taillée à huit pans inégaux à son extrémité manuelle, cylindrique dans tout le reste de son étendue, et marquée par un point blanc sur le côté correspondant à la cuvette destinée à contenir le nitrate d'argent.

« L'une de ces tiges, la plus petite, a une ligne et quart (3 millimètres) de diamètre, est pourvue à son extrémité nasale d'une cuvette en platine, disposée comme celle du porte-caustique du professeur Lallemand, ayant six lignes (15 à 16 millimètres) de long, une ligne (3 millim.) de large à l'entrée, et très-évasée dans le fond. Le bout est mousse et légèrement olivaire.

« La seconde tige, la plus forte, a deux lignes (5 millim.) de diamètre, est aussi pourvue à son extrémité nasale d'une cuvette en platine ayant six lignes (15 à 16 millim.) de long, une ligne trois quarts (4 à 5 millimètres) de large à l'entrée, et plus évasée dans le fond.

Le troisième porte-caustique, destiné à agir directement en haut sur la voûte des fosses nasales, a la même longueur que les autres, deux lignes (5 millim.) de diamètre, et une cuvette toujours en platine, mais disposée de façon à former comme l'extrémité d'une canule ouverte [1].

« Comme la membrane qui tapisse les fosses nasales est fortement adhérente aux parois osseuses, il s'ensuit que le nitrate d'argent contenu dans la cuvette ne peut point être embrassé par elle, comme cela arrive pour l'urètre, et qu'il y a nécessité de laisser déborder le caustique pour qu'il agisse plus énergiquement. Il faut du reste se rappeler que je ne

[1] On peut voir un dessin de ces porte-caustiques dans le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, année 1835, p. 139.

fais marquer l'un des pans qu'afin de pouvoir toujours tenir la cuvette en rapport avec les points de la menbrane muqueuse qu'on veut cautériser. »

Lorsqu'on voudra cautériser la muqueuse nasale chez un malade affecté d'ozène, il faudra être muni des instrumens qui viennent d'être décrits, et agir ainsi qu'il suit :

« Le malade étant assis en face d'une fenêtre, ou une bougie étant placée le plus près possible de l'ouverture des narines, on cherchera à découvrir, soit par la vue, soit à l'aide du crochet mousse, le siége de l'ulcération. Si on y parvient, on remarquera avec soin sa position et sa profondeur. L'ulcère est-il sur les parois latérales des fosses nasales, on prend les porte-caustiques n° 1 ou 2, suivant l'étendue de la lésion, et on dirige leur extrémité nasale vers celle-ci, en tournant la cuvette vers elle ; ce dont on s'assure par la position du point blanc marqué sur le manche. L'ulcère est-il au contraire sur la voûte, on prend le porte-caustique n° 3, et on en porte directement l'extrémité sur la voûte elle-même, en ménageant autant que possible les parois. Le caustique est promené sur le siége de la lésion, dont il ne faut pas craindre de dépasser les limites, car cet excès de cautérisation est plus utile que nuisible.

« Si l'on ne peut pas découvrir le siége précis de l'ulcération, on promène le caustique sur la plus grande étendue possible de la muqueuse. N'existât-il pas d'ulcère, cette opération ne serait pas contre-indiquée, car alors on aurait affaire à un simple coryza chronique, qui, nous l'avons vu plus haut, est guéri par le même moyen.

« Pour que la cautérisation produise les effets que l'on doit en atttendre, il faut prendre quelques précautions, de peu d'importance en apparence, mais fort utiles en réalité. Si les mucosités sécrétées par la membrane pituitaire sont trop abondantes, il faut avoir soin de les absterger avant de les cautériser. Si, au contraire, les parois nasales sont desséchées ou couvertes de croûtes dures et adhérentes, il est nécessaire de les humecter et de les faire tomber doucement à l'aide de vapeurs émollientes dirigées sur elles pendant un temps assez long.

« Il est très facile de promener le caustique sur la membrane pituitaire dans diverses directions, car cette membrane, adhérente à toute la surface des fosses nasales, ne présente point de replis qui puissent arrêter l'instrument. M. Cazenave n'a jamais eu d'accidens fâcheux à déplorer, lorsque la position de la lésion l'a forcé de cautériser l'orifice inférieur du canal nasal ou les parties voisines.

« Les effets immédiats de la cautérisation ainsi pratiquée, sont de provoquer un éternument qui débarrasse les fosses nasales et détermine une abondante sécrétion de larmes. Dans le plus grand nombre des cas où M. Cazenave l'a mise en usage, l'odeur de punais a bientôt disparu, et les autres symptômes, tels que l'enchifrènement, la douleur, la sécrétion exagérée du mucus, ont cédé bientôt après. Dans plusieurs des observations citées par cet auteur, ce traitement a eu un plein succès, lorsque la plupart des moyens qui ont été indiqués plus haut avaient complètement échoué. »

On trouve dans les recueils de médecine quelques observations qui viennent aussi démontrer l'utilité de ces cautérisations; j'en citerai une entre autres, qui a été rapportée par M. Ducasse, dans le compte rendu des travaux de la Société de Médecine de Toulouse, et qui appartient à M. Lassus. La maladie, qui durait depuis un an, fut guérie en quelques jours par l'injection d'une solution de nitrate d'argent, répétée trois fois par jour.

2°. *Cautérisation par la solution de nitrate d'argent.*

« Il est, dit M. Cazenave, quelques circonstances dans lesquelles le mal résiste à de pareilles cautérisations, parce qu'elles ne peuvent pas agir sur une assez grande étendue des fosses nasales. Il faut recourir, dans ces cas, à la solution plus ou moins concentrée de nitrate d'argent. »

Il est fâcheux que M. J.-J. Cazenave n'ait pas cherché à mieux préciser les cas dans lesquels la cautérisation avec le nitrate d'argent sec est insuffisante. Nous n'en serions peut-

être pas réduits à essayer toujours la cautérisation par le nitrate d'argent sec, avant de recourir à la solution, que l'on emploie de la manière suivante :

PREMIÈRE FORMULE.

℞ Nitrate d'argent cristallisé..........	0,20	grammes.
Eau distillée........................	30	grammes.

Faites dissoudre.

DEUXIÈME FORMULE.

℞ Nitrate d'argent cristallisé..........	2	grammes.
Eau distillée........................	30	grammes.

Faites dissoudre.

Entre ces deux proportions extrêmes, il y en a une multitude que le praticien peut adopter suivant les cas ou suivant les effets produits.

Le malade étant placé sur un siége, la tête élevée, on portera sur les parties malades, à l'aide d'un pinceau de charpie, la solution de nitrate d'argent, ou mieux on injectera le liquide à l'aide d'une seringue à canule longue, recourbée et terminée par une petite olive percée de plusieurs trous. Dans ce dernier cas, il faudra recommander au malade, si une partie du liquide tombait dans l'arrière-gorge, de le rejeter à l'instant et de bien se garder de l'avaler.

Lorsqu'il y a lieu de croire que le coryza ulcéreux est de nature syphilitique, ou lorsque le malade présente des signes de scrofules, M. Cazenave n'emploie la cautérisation qu'après avoir mis en usage un traitement antisyphilitique ou antiscrofuleux.

Tels sont les divers traitemens mis en usage contre le coryza ulcéreux. J'ai indiqué, en les faisant connaître, plusieurs formules désignées par les anciens sous le nom d'*errhins*, et dont quelques-unes ne sont guère destinées qu'à faire disparaître ou à masquer la mauvaise odeur produite par l'ozène; mais comme cette indication doit être remplie, quelle que soit la méthode de traitement adoptée, et comme le praticien

peut être obligé de varier souvent le liquide suivant les désirs des malades, je vais ajouter ici la formule de quelques-unes de ces préparations, dont l'emploi ne peut être nuisible :

ERRHINS DIVERS.

℞ Feuilles récentes de

Sauge	}	ââ une poignée.
Bétoine	}	
Amandier	}	
Marjolaine	}	

Triturez ces feuilles ensemble, et ajoutez :

Vin blanc	120 grammes.

Exprimez le suc qu'on fera aspirer au malade trois ou quatre fois par jour. (Fernel.)

AUTRE.

Suc d'iris	45 grammes.
de marjolaine	30 grammes.
Vin aromatique	15 grammes.

(Plater.)

M.

Si l'on veut, dit cet auteur, rendre l'errhin plus stimulant, on y ajoute une certaine quantité de suc de poirée; mais nous savons depuis longtemps que les propriétés irritantes attribuées à ce suc par les anciens n'existent réellement pas.

AUTRE.

Fleurs de grenadier }	ââ 60 grammes.
Écorce de grenadier }	
Feuilles de plantain }	ââ une poignée.
d'hieracium pilosella }	
d'herniaire }	
Racine de bistorte	30 grammes.

Faites une décoction. (Rivière.)

ERRHIN DÉTERSIF.

Roses rouges }	ââ 20 grammes.
Fleurs de sureau }	

Versez sur les fleurs :

Eau bouillante	1 litre.

Laissez infuser pendant une demi-heure, et aiguisez avec :

Alcool........................ 0,5 gramm. à 1 gramme.

On peut, avec ces errhins, faire des injections à l'aide d'une seringue terminée en olive.

J'ai cru devoir indiquer ces préparations, parce qu'elles sont généralement inconnues, qu'elles servent à masquer la mauvaise odeur, qu'elles peuvent, sans inconvénient, être mises en usage à tour de rôle, et servir à faire prendre patience au malade, pendant qu'on emploie des remèdes plus efficaces.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1°. Antiphlogistiques; astringens (*alun*, *préparations de plomb*, etc.); purgatifs; antiscorbutiques; désinfectans (*chlorure de chaux*, *divers errhins*).

2° Traitement antisyphilique interne; topiques mercuriels; injections de deutochlorure de mercure; fumigations de cinnabre.

3° Cautérisation: par le cautère actuel; par les acides; par le nitrate d'argent: caustique le plus efficace.

4° Moyens adjuvans: masticatoires irritans; errhins aromatiques; rubéfians sur la peau; exutoires.

Ici finit l'histoire des affections des fosses nasales. Elle renferme encore bien des obscurités, bien des incertitudes. Je me suis vu bien des fois obligé de répéter des assertions dénuées de preuves, et sans doute souvent fondées sur des faits mal observés ou mal interprétés. J'ai fréquemment fait remarquer l'impossibilité dans laquelle je me trouvais d'appré-

cier la valeur d'un agent thérapeutique ou d'un signe diagnostique, faute de détails suffisans de la part de l'auteur; mais si j'avais voulu le faire toutes les fois que l'occasion s'en présentait, j'aurais été arrêté à chaque pas. Que les observateurs dirigent donc leurs recherches vers ces maladies, car c'est une mine encore bien mal exploitée. Pour le coryza ulcéreux en particulier, je dirai que, sauf la cautérisation par le nitrate d'argent, employée par M. Cazenave, et le traitement antisyphilitique dans quelques cas, nous n'avons que les données les plus incertaines sur l'utilité de la thérapeutique si variée de cette affection, toujours très-désagréable, et parfois dangereuse.

CHAPITRE II.

Maladies du larynx.

Le larynx est doublement important chez l'homme, car 1° il fait partie du conduit par lequel l'air se rend aux poumons, et 2° il est l'organe de la voix et, par suite, le principal organe de la parole; sous ce double rapport, il peut être affecté de maladies très-graves et qui exigent les secours les plus prompts et les plus actifs. Comme organe de la voix, il a attiré l'attention de quelques médecins qui ont fait une étude toute spéciale et de son organisation et des maladies dont il peut être affecté. On a donné à ces affections le nom de *maladies de la voix;* mais cette division est toute arbitraire : les altérations diverses de la voix ne sont autre chose qu'un symptôme fort important des maladies de l'organe respirateur, et ne constituent pas à elles seules de véritables affections. Je ne consacrerai donc pas un article particulier à ces altérations de la voix, mais j'aurai le plus grand soin de les étudier, comme symptômes, dans chacune des maladies qui ont le larynx pour siége; de cette manière, je traiterai convenablement un point de pathologie qui intéresse au plus haut degré plusieurs professions, et je pourrai suivre un ordre méthodique.

Par sa position superficielle, le larynx semble, au premier abord, plus accessible à l'exploration que la plupart des organes où siégent les affections du domaine de la médecine proprement dite; mais en y regardant de plus près, on voit qu'il n'en est réellement rien. Son ouverture supérieure, cachée par

l'épiglotte, se dérobe à la vue, et bien que l'on conseille, dans plusieurs cas, de l'explorer, en portant profondément l'extrémité du doigt indicateur dans l'arrière-gorge, il est certain que la pratique n'a pas tiré un grand parti de cette exploration. D'un autre côté, les parties solides qui forment sa paroi antérieure empêchent ordinairement que le palper agisse d'une manière efficace sur les parties lésées, en sorte qu'en réalité le larynx, sous le rapport de la facilité de l'exploration directe, doit être placé au rang des organes les plus inaccessibles. On a, je le sais, inventé des *speculum* particuliers pour favoriser l'inspection de la cavité laryngienne; mais ces instrumens, d'un usage très-peu répandu, n'ont encore donné que des résultats peu avantageux. Je reviendrai avec détail sur chacun des moyens proposés pour éclairer le diagnostic des maladies du larynx, lorsqu'il s'agira des diverses formes de la laryngite chronique dans lesquelles l'exploration directe de l'organe malade serait si utile, et j'aurai alors occasion de parler particulièrement de la percussion et de l'auscultation du larynx, qu'on a proposées dans ces derniers temps.

Les maladies du larynx ont été diversement divisées par les auteurs. Autrefois on décrivait des aphonies, des suffocations, une phthisie laryngée, etc.; c'est-à-dire qu'on regardait comme formant toute la maladie, le principal symptôme ou bien les résultats funestes que le mal apportait dans tout l'organisme. Aujourd'hui on s'accorde à prendre pour base de la classification les altérations anatomiques trouvées dans le larynx. Sans prétendre que toute la maladie consiste dans la lésion anatomique, je regarde cette

manière de classer les affections du larynx comme la plus simple et la plus utile pour le praticien, et c'est celle que je choisis. J'aurai donc à étudier dans ce chapitre :

1° *La laryngite simple aiguë*; 2° *la laryngite simple chronique*; 3° *la laryngite striduleuse* (pseudo-croup); 4° *la laryngite pseudo-membraneuse* (croup); 5° *la laryngite œdémateuse* (œdème de la glotte); 6° *la laryngite ulcéreuse*; 7° *les tumeurs de diverse nature développées dans le larynx*; 8° *l'aphonie*[1].

ARTICLE Ier.

LARYNGITE SIMPLE AIGUE.

Nous ne possédons sur la laryngite proprement dite aucun de ces travaux qui, par leur rigueur et les détails dont ils abondent, ne laissent pas sans l'avoir approfondi un seul point de l'histoire d'une maladie; mais nous avons de nombreuses recherches particulières, à l'aide desquelles il me sera possible de tracer une description assez complète de cette affection, tout en regrettant que l'état actuel de la science laisse insolubles plusieurs questions assez importantes.

§ Ier. — Définition; syonnymie; fréquence.

On donne le nom de *laryngite aiguë simple* à celle qui, étant franchement inflammatoire, affecte principalement la membrane muqueuse du larynx. M. Cruveilhier (*Dictionn. de Méd. et de Chir. prat.*, tom. XI, art. *Laryngite*) divise cette affection en

[1] Ce symptôme ne pouvant, dans plusieurs cas, être rapporté à aucune lésion organique, il faut bien le considérer, jusqu'à nouvel ordre, comme une affection distincte.

deux espèces, suivant qu'elle est bornée à la membrane muqueuse ou qu'elle affecte le tissu cellulaire sous-muqueux; de là, pour lui, deux espèces anatomiques bien distinctes : la *laryngite muqueuse* ou laryngite proprement dite, et la *laryngite sous-muqueuse.* La première est celle dont il est question ici, et que M. Blaud, de Beaucaire, si avantageusement connu des praticiens, a nommée laryngite *myxagène*, c'est-à-dire laryngite avec simple sécrétion muqueuse, pour la distinguer des laryngites avec production de pus et de fausses membranes (*Nouv. Recherch. sur la Laryngo-Trachéite*, p. 246. Paris, 1823). Quant à la seconde, elle doit être divisée, suivant M. Cruveilhier, en deux nouvelles espèces également distinctes par leur siége. La première, *laryngite sous-muqueuse sus-glottique*, n'est autre chose que l'œdème de la glotte, décrit par Bayle; quant à la seconde, *laryngite sous-muqueuse sous-glottique*, elle ne présente que quelques particularités dues au lieu qu'elle occupe; car, au fond, c'est la même maladie. Si, par sa physionomie toute particulière, par sa marche, par sa gravité, l'œdème de la glotte ne constituait pas plus qu'un symptôme de laryngite, cette division devrait être adoptée par le praticien; mais comme il en est tout autrement, et que d'ailleurs l'œdème de la glotte peut être causé par autre chose qu'une simple laryngite, laissons ce dernier nom à l'inflammation de la muqueuse laryngienne, et réservons, pour les décrire à l'article *Œdème de la glotte*, l'état pathologique indiqué par M. Cruveilhier, et quelques autres qui, directement ou indirectement, donnent lieu aux mêmes accidens.

C'est seulement dans ces derniers temps qu'on a

imposé à la maladie qui nous occupe le nom de *laryngite;* on lui donnait auparavant celui d'*angine*, sous lequel il faut en chercher la description dans les auteurs anciens. Les diverses espèces qu'ils en ont admises sont nombreuses, car chacun les établissait suivant qu'il attribuait plus ou moins d'importance au siége, à la violence et surtout à la nature présumée de la maladie. Arétée (*de Caus. et Sig. acut. morb.*, lib. I, cap. VII) désignait la laryngite sous le nom de *cynanche*, adopté par plusieurs écrivains plus modernes, et en particulier par Laz. Rivière (*Prax. Med.*, lib. VI, cap. VII, *de Anginâ*), qui admet deux espèces de *cynanche*, la première occupant les muscles intérieurs et propres du larynx, et la seconde les muscles extérieurs.

Boërhaave, qu'on a tant cité jusqu'à ces derniers temps lorsqu'il s'est agi des maladies de la gorge, a décrit pêle-mêle, sous le nom d'*angine* (*voy.* Van Swieten, *Commentaria in aphorismos*, Lugd. Bat., 1749, t. II, p. 655), les maladies du pharynx, du larynx et de la trachée-artère, en sorte qu'il est vraiment impossible de s'y reconnaître. Il divisait l'angine en *angine aqueuse*, *inflammatoire*, *suppuratoire* et *convulsive*, suivant le symptôme dominant ou la terminaison de la maladie. Je n'ai pas besoin de signaler le vice de cette division.

On ne trouve dans aucun auteur une appréciation, même approximative, de la *fréquence* réelle de cette affection. L'observation journalière nous apprend, d'une manière générale, que la laryngite légère, celle qui se manifeste par un simple enrouement avec une faible gêne de la respiration, est assez fréquente, et que la laryngite intense, qui s'accompagne de vio-

lens symptômes locaux et généraux, est rare, surtout chez l'adulte et le vieillard.

§ II. — Causes.

1°. *Causes prédisposantes.*

Les causes prédisposantes de la laryngite simple aiguë sont fort peu connues. On ne trouve à ce sujet, dans les auteurs, que des assertions dénuées de preuves. Il ne nous est donc permis de présenter ici que des généralités qui frappent même les observateurs peu rigoureux.

Pour les causes prédisposantes, comme pour les causes occasionnelles, comme au reste pour tout ce qui concerne la laryngite, il faut avoir bien soin d'établir une distinction entre l'étude de la laryngite légère, qui consiste principalement dans un enrouement passager, et la laryngite grave, qui présente souvent des symptômes formidables; car ce qu'on dit de l'une de ces deux maladies s'applique rarement à l'autre. Examinons-les donc séparément.

Laryngite légère. Aucun âge, aucun tempérament, etc., ne paraissent prédisposés à cette affection. Aux époques de l'année où elle se montre de préférence, on voit en effet un très-grand nombre de personnes, sans distinction d'âge ni de sexe, en être rapidement atteintes. Il en est, sous ce rapport, de la laryngite comme du coryza, de l'amygdalite, de la bronchite, affections qui siégent dans des muqueuses directement exposées aux variations atmosphériques.

Les *professions* dans lesquelles l'exercice de la voix peut aller jusqu'à la fatigue, celles de chanteur, d'avocat, de crieur public, prédisposent-elles

à la laryngite légère? Rien ne le prouve, car aucun travail exact n'a été fait à ce sujet. On voit parfois cette affection survenir dans la convalescence des maladies graves et chez les sujets affaiblis par une cause quelconque. Ces cas ne sortent pas de la règle générale, qui veut que les phlegmasies se contractent plus facilement lorsque l'organisme a subi une détérioration plus ou moins considérable.

Laryngite intense. On peut dire que cette forme de laryngite aiguë affecte plus fréquemment l'enfance et l'adolescence que les autres âges de la vie.

On trouve dans les recueils anglais un beaucoup plus grand nombre de cas de laryngite aiguë intense, décrite généralement sous le nom de *cynanche*, que dans ceux de tous les autres pays. Le *climat* de l'Angleterre prédisposerait-il à cette affection?

La laryngite peut-elle se développer sous une influence *épidémique?* Il est difficile de répondre à cette question; car dans ces derniers temps on n'a pas cité d'exemple d'épidémie de laryngite, et anciennement le diagnostic n'étant pas parfaitement établi, on ne peut pas savoir si, dans les épidémies d'angine, de cynanche, etc., il s'agissait uniquement d'une laryngite simple.

2°. *Causes occasionnelles.*

Laryngite légère. L'action du *froid*, et surtout du froid humide, est la cause la plus évidente et la plus fréquente de cette affection. Ce que j'ai dit plus haut de l'influence de certaines saisons, le prouve suffisamment. C'est en effet à la fin de l'hiver et au commencement de l'automne, époques où l'on est le plus exposé au froid, soit parce qu'on quitte

trop tôt les vêtemens d'hiver, soit parce qu'on tarde trop à les reprendre, c'est alors que la laryngite légère et les autres inflammations de la muqueuse aérienne deviennent très-fréquentes.

Les *grands efforts de la voix*, le chant trop longtemps prolongé, l'exercice immodéré de la parole, les cris multipliés, peuvent-ils produire une laryngite légère? Il est certain qu'à la suite de tous ces excès il survient un enrouement plus ou moins prononcé, avec une gêne plus ou moins grande dans la région laryngienne; mais c'est là une simple irritation de la muqueuse, qui se dissipe promptement par le repos, et qui ne s'élève presque jamais jusqu'à l'inflammation. On en a la preuve dans ce qu'on observe journellement chez certains aliénés furieux. On en voit, en effet, qui, après avoir pendant des semaines entières fait entendre des hurlemens continuels, ne présentent qu'une légère raucité de la voix, bientôt dissipée par le repos de l'organe.

Certaines *substances irritantes* aspirées pendant plus ou moins longtemps, telles que la vapeur du soufre, la fumée, etc.; des poussières diverses, introduites dans le larynx; des alimens ou des boissons irritans ou non, causent des accidens ordinairement prompts à se dissiper et qui ont les caractères de la laryngite; mais on peut leur appliquer la réflexion que je viens de faire à propos des grands efforts de voix.

Laryngite intense. Les causes occasionnelles de la laryngite aiguë intense sont fort peu connues. Est-ce parce qu'on ne les a pas étudiées avec assez de soin? Est-ce parce qu'elles échappent à nos investigations? Ce qu'il y a de certain, c'est qu'elles sont

beaucoup plus difficiles à découvrir que celles de la laryngite légère. Cette difficulté se retrouve, du reste, dans toutes les phlegmasies qui affectent profondément un organe.

Cette affection peut-elle être *contagieuse?* M. Blache (*Dict. de Méd.*, 2e édit., 1838, tom. XVII) dit qu'elle peut se propager par contagion, quand elle accompagne certaines maladies qui sont elles-mêmes contagieuses, telles que la rougeole, la scarlatine, etc. Mais il faut entendre par là que les sujets chez lesquels la scarlatine, la rougeole, etc., se sont propagées par contagion, sont ensuite exposés à la laryngite intense, qui se développe assez fréquemment dans ces affections éruptives, car ce n'est pas la laryngite elle-même qui est contagieuse. Dans l'état actuel de la science, il n'est pas possible de se prononcer avec plus de précision sur ce point obscur de l'histoire de la laryngite aiguë simple.

Il est une cause toute particulière qui n'a été signalée que par les médecins anglais : souvent, dit le docteur Cheyne (*the Cyclopædia of practical Medicine*, vol. III, art. *Laryngitis*), des mères permettent à leurs enfans de boire au bec de la théière; or il arrive que quelquefois celle-ci contient de l'eau bouillante, et alors il y a une véritable brûlure de la glotte, qui occasionne tous les accidens d'une laryngite fort intense. On trouve des cas de ce genre dans plusieurs journaux. Je citerai principalement celui qu'a recueilli le docteur F. E. Hicks (*the London med. Gaz.*, 1837-38, vol. XXII, p. 67) et ceux que rapporte la *Lancette anglaise* (*the Lancet*, 1839-40, tom. I, p. 103 et 248). Je reviendrai plus loin sur ces faits.

§ III. — Symptômes.

1°. *Laryngite aiguë légère.* Cette affection est de peu d'importance; elle est ordinairement négligée par les malades, à moins qu'ils n'exercent une profession pour laquelle l'intégrité de la voix est nécessaire. Le premier symptôme qui apparaît ordinairement est une gêne légère dans le larynx, une *impression désagréable* causée par l'entrée de l'air froid pendant l'inspiration, et en même temps une sensation un peu douloureuse vers la partie supérieure de l'organe. Vient ensuite une *altération du timbre de la voix*, qui est le caractère essentiel de l'affection, et qui quelquefois constitue à elle seule à peu près toute la maladie. La voix est rauque; un passage continuel de sons graves et rudes à des sons aigus et criards la rend très-désagréable, et fréquemment l'action de parler détermine une toux un peu douloureuse, pendant laquelle les yeux se remplissent de larmes. Parfois même l'altération de la voix va jusqu'à l'aphonie complète. La *toux*, quelquefois nulle, n'est jamais très-violente; mais chez un certain nombre de sujets, un picotement vers l'ouverture supérieure du larynx la provoque continuellement. Elle peut être aussi provoquée par l'ingestion des boissons froides, et par le passage des alimens au-dessus de l'épiglotte, surtout si celle-ci participe à l'inflammation, circonstance qui du reste n'a pas encore été convenablement appréciée. L'expectoration, peu abondante, consiste en quelques crachats blancs et écumeux.

Tels sont les symptômes propres à la laryngite légère; mais, je le répète, le seul constant, c'est la rau-

cité de la voix. Quant aux fonctions des autres organes, elles ne sont nullement altérées ; il n'y a point de symptômes fébriles.

2°. *Laryngite aiguë intense.* Cette espèce de laryngite a fixé plus que la précédente l'attention des médecins. On le conçoit sans peine, lorsqu'on songe qu'elle a causé assez fréquemment la mort. Cependant il reste encore beaucoup à faire pour sa symptomatologie. Les descriptions générales que nous possédons ne sont pas fondées sur une analyse rigoureuse des faits, et l'appréciation des symptômes n'y est par conséquent qu'approximative. D'un autre côté, les recueils scientifiques ne contiennent pas un grand nombre d'exemples de cette affection, ce qui rend son étude difficile. C'est d'après l'examen des observations, dont la plupart sont dues à des médecins français et anglais, mais parmi lesquelles il faut citer celles qu'ont publiées MM. Blaud (*loc. cit.*), Constant (*Gaz. méd.*, 1834, tom. II, pag. 314) et Chavasse (*the Lancet*, vol. II, p. 565, july 1833), que je vais tracer le tableau de cette laryngite.

La maladie débute par une *douleur* qui est d'une intensité médiocre, et qui n'acquiert jamais un haut degré. Les malades la rapportent à la partie supérieure du larynx, et parfois une pression un peu forte sur les côtés du bord supérieur du cartilage thyroïde l'exaspère légèrement. La déglutition des liquides était facile et peu douloureuse dans les cas observés par M. Constant; impossible, au contraire, dans quelques cas cités par les médecins anglais. M. Chavasse ne fait pas mention de ce symptôme. Un autre signe non moins fréquent et plus précieux, c'est la *sensation d'un corps étranger* dans le larynx.

Les auteurs n'ont point assez insisté sur ce symptôme, qui s'est montré d'une manière très-remarquable dans les observations.

Il survient bientôt une *toux*, quelquefois légère d'abord, d'autres fois promptement intense, et revenant par quintes. M. Constant a vu le début marqué par une augmentation notable d'une toux qui durait depuis trois mois environ. Presque aussitôt la *voix* devient rauque, comme dans la laryngite légère; mais cette raucité fait place, au bout d'un certain temps, à une extinction presque complète. La prononciation des mots était difficile, dans le cas cité par le docteur Chavasse, et nulle chez un jeune homme observé par le docteur Wilson (*Med. surg. Transact. of London*). La *respiration*, d'abord simplement gênée, devient rude et bruyante.

Si on ausculte le larynx, on trouve alors un *ronchus sonore*, ou un souffle très-intense et très-rude; M. Blaud a constaté un râle muqueux laryngo-trachéal très-remarquable. Le passage de l'air étant ainsi embarrassé, les symptômes d'*asphyxie* se manifestent. Ainsi, dans la plupart des cas, la face est bouffie, pâle, les paupières gonflées et les lèvres bleues, surtout pendant les paroxysmes, qui ont lieu fréquemment. C'est principalement alors que les malades recherchent la position assise, pour laquelle ils manifestent leur préférence presque dès le début de l'affection; souvent même il y a une orthopnée marquée, avec inspiration sifflante et très-difficile.

A la suite des efforts continuels de la toux, on constate une excrétion de *crachats* qui n'ont rien de caractéristique. C'est un liquide transparent ou

blanchâtre, et souvent écumeux. Cette excrétion n'a lieu que quelque temps après le début de la maladie. Chez les enfans, elle manque souvent. Dans les cas cités par Constant, il y avait cependant, chez des enfans de cinq ou six ans, *quelques crachats muqueux, sans débris de fausses membranes*. Quant à M. Chavasse, il ne dit rien des crachats, quoiqu'il s'agisse, dans son observation, d'un sujet de vingt ans. Les mêmes symptômes s'observent chez les enfans affectés de brûlure de la glotte; seulement ils se manifestent très-brusquement après la déglutition de l'eau bouillante, ce qui donne à l'affection une physionomie particulière.

Tels sont les symptômes locaux de la laryngite aiguë simple et intense. Mais il y a des symptômes généraux qui, pour n'avoir pas été décrits avec beaucoup de soin dans les divers articles publiés sur cette maladie, n'en sont pas moins considérables et nombreux. Les *symptômes fébriles* sont intenses. Malheureusement, dans les observations particulières, on n'a pas recherché avec assez de soin le début de ces symptômes fébriles, et cependant je n'ai pas besoin de dire quelle importance aurait pour le praticien la connaissance de ce début. La fièvre précède-t-elle ou suit-elle l'apparition des symptômes locaux? C'est là une question que l'observation aura à résoudre, et qu'il faut recommander à l'attention des médecins; car s'il est vrai que l'apparition préalable de la fièvre annonce une inflammation intense, dès que les symptômes les plus légers de laryngite se manifesteront dans de pareilles circonstances, il faudra redouter une laryngite grave et agir avec vigueur, tandis que des signes de laryngite sans fièvre au dé-

but devront inspirer peu d'inquiétude. L'analogie nous porte à regarder cette manière de voir comme exacte; mais, je le répète, il lui manque la sanction d'une observation rigoureuse.

Dans tous les cas, la *fièvre* ne tarde pas à s'allumer. D'après quelques auteurs, il y a d'abord un frisson passager; mais les observations sont généralement muettes sur ce point. La chaleur devient bientôt intense, le pouls s'accélère au point que chez les enfans observés par Constant, il s'éleva jusqu'à 164 pulsations, et que chez les adultes observés par les médecins anglais, il variait de 110 à 130; dans le cas cité par M. Chavasse, il était dur et rapide. Il y a une anxiété extrême. Il peut survenir du délire, ou bien un coma plus ou moins profond. A ces symptômes de surexcitation succèdent, lorsque l'asphyxie est imminente, la lividité de la face, le froid des extrémités, la petitesse, la concentration et l'extrême rapidité du pouls.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

1°. *Marche de la maladie.* Les progrès de cette affection sont continuels jusqu'à sa terminaison favorable ou fatale, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de ces améliorations notables et d'une certaine durée, qu'on remarque dans d'autres affections. On observe, il est vrai, assez fréquemment des paroxysmes; mais ils ne sont pas séparés par un calme presque complet, et après chacun d'eux la maladie s'aggrave notablement.

2°. *Durée de la maladie.* Les auteurs donnent à cette affection une durée de sept à huit jours, et les observations que j'ai rassemblées confirment cette assertion. Chez les sujets observés par Constant et

par M. Chavasse, par exemple, la maladie n'a pas dépassé huit jours. C'est une des affections dont la marche est le plus rapide.

3°. *Terminaison de la maladie.* La mort est une terminaison fréquente de cette espèce de laryngite, surtout chez les enfans. Aux cas de mort cités par Constant, je pourrais en joindre d'autres en assez grand nombre, empruntés aux auteurs anglais.

Quelquefois, suivant la plupart des auteurs, la maladie se termine par suppuration; c'est alors l'*angina suppuratoria* de Boërhaave (*Aphor.* 815, t. II, p. 693). Tous les symptômes précédemment décrits sont alors portés au plus haut degré de violence, et la mort est presque inévitable. J'ai multiplié les recherches à ce sujet, et je dois dire que, dans aucun des cas que j'ai rassemblés, je n'ai pu trouver la conviction que la maladie fût simple. Qu'on jette les yeux sur les observations de MM. W. Henry Porter, Arnold, Watson Roberts, Robert Watt de Glascow (*Med. Chir. Transact. of London*, vol. V, p. 156; — vol. VI, p. 135; — vol. IX, p. 31; — vol. XI, p. 414), ou bien sur les recherches du docteur Miller (*Lond. med. Gaz.*, et *Archiv. génér. de Méd.*, t. I, p. 251), et l'on verra que dans tous on a trouvé soit des ulcérations, soit des altérations des cartilages qui paraissent être la cause réelle de l'inflammation suppurative.

Dans les cas de guérison, la résolution est rapide. Au lieu des symptômes d'asphyxie toujours croissans qui finissent par emporter le malade, on voit survenir un soulagement marqué, les symptômes généraux disparaissent promptement, et les symptômes locaux se dissipent peu à peu, en commençant par la dou-

leur, la gêne de la respiration et la toux. Les altérations de la voix persistent les dernières.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques trouvées dans le larynx sont en elles-mêmes bien légères, car elles consistent en une simple tuméfaction des parties constituantes de la glotte et de l'épiglotte, avec rétrécissement plus ou moins marqué de l'ouverture laryngienne sans ulcération, sans infiltration, et même, d'après les faits cités par Constant, sans épaississement de la muqueuse. Cependant on a peine à comprendre comment l'ouverture de la glotte serait rétrécie, sans épaississement de la muqueuse et sans infiltration; car le spasme de la glotte, admis par plusieurs auteurs, n'est nullement prouvé. Il y a là une contradiction évidente. Dans quelques cas, et M. Hache en a cité un à la Société médicale d'observation, la rougeur de la cavité laryngienne et de la partie supérieure des bronches était la seule altération anatomique. Probablement alors la turgescence inflammatoire a disparu après la mort, car il est évident que c'est l'obstacle à la respiration, occasionné par cette turgescence, qui a seul causé la mort.

J'ai déjà fait connaître les doutes qui s'élèvent sur la terminaison de la laryngite simple par suppuration. Dans les cas décrits par les auteurs anglais, le pus était tantôt infiltré dans le tissu sous-muqueux, et tantôt rassemblé en foyer. Dans tous, l'ouverture de la glotte était rétrécie. On peut dire hardiment que, dans la laryngite simple, il est au moins extrêmement rare de rencontrer ces lésions.

§ VI. — Diagnostic.

Pour faciliter le diagnostic, il importe, avant de comparer la laryngite aiguë simple aux autres affections avec lesquelles on pourrait la confondre, de résumer méthodiquement les principaux symptômes qu'elle présente, et dont je viens de donner la description. Nous y trouvons, comme *lésion de la sensibilité :* la douleur, les picotemens déterminant la toux, la sensation d'un corps étranger (ces symptômes, à un faible degré d'intensité, constituent seuls la laryngite légère); comme *altérations des fonctions :* la raucité, la faiblesse, l'extinction de la voix, la fréquence, la gêne de la respiration, qui peut être portée jusqu'à l'orthopnée, déterminer la respiration sifflante et causer l'asphyxie; comme *altérations de sécrétion :* quelques crachats muqueux filans, sans caractères particuliers. Voilà pour les symptômes locaux. Quant aux symptômes généraux, ils n'existent que dans la laryngite grave ; ils consistent d'abord en un mouvement fébrile plus ou moins intense, et, à la fin de la maladie, en phénomènes évidens d'asphyxie.

Parmi ces symptômes, le simple enrouement sans fièvre suffit pour caractériser la laryngite légère, lorsqu'il survient dans le cours d'une bonne santé et qu'il ne persiste pas longtemps. Mais il n'en est pas de même pour la laryngite intense. Quelles sont donc les maladies avec lesquelles on pourrait la confondre?

De toutes les maladies qui n'ont pas le larynx pour siége, l'*angine pharyngienne intense avec gonflement considérable des amygdales* pourrait, au pre-

mier abord, présenter quelques apparences d'une laryngite aiguë. Outre les symptômes généraux, cette maladie détermine la douleur de gorge, une altération notable de la voix, la suffocation et une excrétion de liquide muqueux. Ce dernier symptôme n'a qu'une faible valeur dans les deux affections; mais, en y regardant de près, on voit que les trois premiers en ont une considérable. La douleur de gorge, plus vive dans l'angine, gêne la déglutition, et se fait sentir à la base de la mâchoire, des deux côtés, où une légère pression suffit pour l'exaspérer; l'altération de la voix consiste, dans l'angine, non en une raucité et une extinction plus ou moins marquées, mais en un nasonnement considérable qui en altère seulement le timbre; la voix est sonore, mais modifiée désagréablement par les parties constituantes de la gorge. La suffocation même présente des différences. Ainsi la gêne de la respiration ne s'annonce pas par la respiration sifflante, et elle n'atteint un haut degré qu'après quelques jours de durée de la maladie. J'ai cru devoir établir ce diagnostic, quoique la simple inspection paraisse suffire pour faire distinguer ces deux affections, puisque l'angine affecte des parties accessibles à la vue; car c'est surtout dans les premiers jours de l'affection, alors que l'arrière-gorge n'a pas encore acquis la turgescence inflammatoire, qu'il serait vraiment utile de pouvoir se prononcer.

Des affections qui ont leur siége dans le larynx, la *laryngite pseudo-membraneuse* ou *croup* est, sans contredit, celle qu'on peut confondre le plus facilement avec la laryngite aiguë intense, et celle qu'il importe le plus de distinguer. Car, bien que la laryngite sim-

ple puisse avoir, comme on l'a vu, un haut degré de gravité, elle en a moins, sans contredit, que le croup, et sous le rapport du diagnostic comme sous celui du traitement, le praticien est très-intéressé à reconnaître à laquelle de ces deux affections il a affaire. Si nous nous rappelons les principaux symptômes de la laryngite simple, dont j'ai donné plus haut le résumé, nous verrons qu'ils sont les mêmes, à l'exception toutefois de l'expectoration. Ainsi la douleur, la suffocation avec ses paroxysmes, la sensation d'un corps étranger, s'observent et dans le croup et dans la laryngite simple. Il en est de même des altérations de la voix; car ce qu'on a dit de la voix croupale, du cri d'un jeune coq, etc., n'est basé que sur des exceptions; et, dans l'une et l'autre de ces maladies, c'est 1° la raucité et 2° l'extinction de la voix qui constituent le symptôme constant et essentiel. Reste donc l'expectoration; et, sous ce rapport, l'excrétion des fausses membranes qu'on trouve parfois dans les matières expectorées par les sujets affectés de croup jette une vive lumière sur le diagnostic. Malheureusement on cite un bon nombre de cas de croup dans lesquels il n'y a point eu expulsion de fausses membranes. L'inspection des parties peut aussi être d'un grand secours. Il est assez rare que, dans le croup, la fausse membrane n'envahisse pas les amygdales aussi bien que le larynx. Lorsqu'il en est ainsi, il est d'autant moins difficile de méconnaître l'affection, que c'est presque toujours par les amygdales que la fausse membrane a commencé, et qu'on a pu l'apercevoir dès le début des accidens. On a donné aussi comme un bon moyen de diagnostic la présence, dans le croup, d'un engorgement plus ou moins

considérable des ganglions sous-maxillaires; mais cet engorgement n'existe que dans les cas où les amygdales sont envahies par la pseudo-membrane, en sorte que la seule inspection est alors suffisante.

Il suit de ce qui précède, que lorsque, dans le croup, les amygdales sont exemptes d'altération, il est bien difficile de distinguer ces deux affections. Aussi l'erreur a-t-elle été commise par des hommes qui ont étudié avec le plus grand soin les laryngites de toute espèce. C'est ce qui arriva dans le cas observé par M. Hache, et dont j'ai parlé plus haut; on avait envoyé un petit malade à l'hôpital des Enfans, afin qu'on l'opérât au plus tôt; mais l'absence de fausses membranes dans l'expectoration, et surtout un reste de timbre dans la voix, firent suspendre l'opération. L'enfant ayant succombé, on ne trouva aucune trace de pseudo-membrane dans toute l'étendue de l'arbre aérien. Il n'y avait qu'une rougeur médiocrement intense de la muqueuse laryngienne, et, chose remarquable, sans gonflement marqué des parties internes de l'organe, sans rétrécissement apparent de la glotte; de telle sorte qu'on ne pouvait guère, dans ce cas, expliquer la mort que par un rétrécissement spasmodique de la glotte provoqué par une inflammation légère, à moins d'admettre que le gonflement porté, pendant la vie, au point de déterminer l'asphyxie, avait disparu après la mort.

La *laryngite ulcéreuse aiguë* peut-elle être confondue avec la laryngite simple aiguë? Un cas rapporté par le docteur Travers Blackley (*Dublin-Journal*, 2 juill. 1838) prouve qu'il peut en être ainsi. Ce cas sera cité à l'article consacré à la laryngite ulcéreuse, et l'on verra que, d'après les signes notés

par M. Blackley, l'erreur était inévitable. Il est à regretter que cet auteur n'ait point décrit exactement l'expectoration, car, dans les laryngites ulcéreuses, il peut y avoir des stries de sang dans les crachats, ce qu'il est important de constater. En somme, le diagnostic différentiel de ces deux affections reste encore à établir d'une manière positive.

Lorsque Bayle traça l'histoire de l'*œdème de la glotte*, on pensait que l'absence de la fièvre, dans cette dernière affection, suffisait pour la distinguer de la laryngite décrite par Boërrhaave; telles sont les expressions de Bayle lui-même. Mais des observations plus récentes ont prouvé que la fièvre pouvait très-bien exister avec un œdème inflammatoire de la glotte. Or on sait que les phénomènes présentés par cette dernière affection ressemblent assez à la laryngite décrite plus haut. Si donc on n'avait que les symptômes pour établir le diagnostic, on serait fort embarrassé, car on ne pourrait même pas se fonder sur les rémittences plus marquées de l'œdème de la glotte, puisque, quand cette maladie existe sous la forme inflammatoire, les exacerbations ne sont plus séparées par des intervalles de calme aussi tranchés que dans l'œdème de la glotte proprement dit. En examinant les observations de laryngite œdémateuse citées par les auteurs, on voit que la maladie s'est toujours développée dans le cours d'une autre affection, et principalement d'une inflammation chronique ou d'une ulcération aiguë voisine de la glotte. L'infiltration séreuse ou séro-purulente, qui existe dans ces cas, n'est donc réellement pas primitive, et par conséquent, en étudiant la marche de la maladie, et surtout l'état du sujet à son début, on pourra arriver au diagnostic.

Je reviendrai sur ce point à l'occasion de l'œdème de la glotte.

Un *corps étranger*, introduit dans le larynx, donne lieu à la plupart des symptômes de la laryngite aiguë. Comment distinguer cet accident de l'affection inflammatoire? Il est bien rare que l'on ne parvienne pas, par un interrogatoire attentif, à s'assurer qu'un corps étranger a été introduit dans les voies aériennes; mais supposons qu'on ne puisse pas en avoir la certitude, voici comment on arrivera au diagnostic: la laryngite intense peut débuter par une dyspnée portée rapidement à un haut degré; mais jamais le début n'est aussi brusque. Les quintes de toux sont immédiatement d'une violence extrême, dans les cas d'introduction d'un corps étranger; elles ne parviennent que graduellement à ce degré dans la laryngite. Ordinairement la suffocation est beaucoup plus intermittente lorsque le larynx est occupé par un corps étranger; enfin, et c'est là un point capital qu'il faut avoir présent à l'esprit, plus la laryngite offre d'intensité à son début, et plus la fièvre est intense; or la présence d'un corps étranger dans le larynx ne détermine d'abord aucun symptôme fébrile; d'où il suit que les seuls cas de laryngite, où quelques phénomènes pourraient faire croire à l'introduction d'un corps étranger, en sont distingués par la fièvre intense qu'ils présentent.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1°. *Signes distinctifs de la laryngite simple intense et de l'angine pharyngienne avec gonflement considérable.*

LARYNGITE.	ANGINE PHARYNGIENNE.
Douleur au niveau de la partie supérieure du cartilage thyroïde,	*Douleur* à la base de la mâchoire inférieure, sur les côtés du cou,

augmentant peu par la pression ; *déglutition* des liquides peu difficile.	augmentant souvent beaucoup par la pression ; déglutition très-douloureuse et très-difficile.
Voix rauque, puis éteinte.	*Voix* nasonnée, désagréable.
Inspiration sifflante ; *gêne* très-grande de la *respiration* peu de temps après le début.	*Inspiration* seulement pénible ; la *respiration* n'acquiert une très-grande gêne qu'un peu plus long-temps après le début.
Inspection. Rien, ou seulement un peu de rougeur et de turgescence de l'épiglotte	*Inspection.* Elle fait reconnaître un gonflement des amygdales ou de la paroi postérieure du pharynx ; le diagnostic est alors des plus faciles.

2°. *Signes distinctifs de la laryngite aiguë et du croup ou laryngite pseudo-membraneuse.*

LARYNGITE SIMPLE.	LARYNGITE PSEUDO-MEMBRANEUSE.
Expectoration de crachats muqueux, filans, écumeux.	*Expectoration* de crachats semblables, mais contenant souvent des lambeaux de fausses membranes laryngiennes.
Inspection, ut suprà.	*Inspection.* Elle fait souvent reconnaître la présence de fausses membranes sur les amygdales.

3°. *Signes distinctifs de la laryngite simple et de la laryngite ulcéreuse aiguë.*

LARYNGITE SIMPLE.	LARYNGITE ULCÉREUSE AIGUË.
Crachats purement muqueux.	Stries de sang dans les crachats. (Caractère douteux.)

Ce diagnostic est peu certain, dans l'état actuel de la science.

4°. *Différences entre la laryngite simple et l'œdème aigu de la glotte.*

LARYNGITE SIMPLE.	OEDÈME AIGU DE LA GLOTTE.
Intervalles de calme peu marqués.	*Intervalles* de calme plus tranchés. (Caractère douteux.)
Début dans l'état de santé.	*Début* dans le cours d'une affection inflammatoire, ou d'une ulcération aiguë des environs du larynx.

5°. *Signes distinctifs de la laryngite simple et des accidens dus à l'introduction d'un corps étranger dans le larynx.*

LARYNGITE SIMPLE.	CORPS ÉTRANGERS DANS LE LARYNX.
Début graduel, quoique plus ou moins rapide.	*Début* brusque.

Toux augmentant graduellement de violence.	Quintes de *toux* subites, et tout d'abord d'une violence extrême.
Intervalles de calme, *ut suprà*.	*Intervalles* de calme beaucoup plus tranchés [1].
Fièvre dès le début, et d'autant plus intense, que les symptômes locaux deviennent plus rapidement graves.	Pas de *fièvre* au début, malgré la gravité des symptômes locaux.

Tel est le diagnostic différentiel de cette redoutable affection. Je l'ai présenté d'après les meilleurs documens qu'a pu me fournir l'état actuel de la science, et avec autant d'exactitude qu'il m'a été possible. Mais je ne me dissimule pas que ces matières ont encore besoin d'être étudiées, et que l'observation n'a pas dit son dernier mot sur ces graves maladies; c'est un sujet qu'il importe de signaler aux investigations des praticiens.

Pronostic. Il y a peu de chose à dire sur le *pronostic* de la laryngite simple. Il est évident que les cas de laryngite légère n'ont pas de gravité réelle, et que ceux de laryngite aiguë en ont une fort grande. Mais reconnaître à certains signes, lorsque cette dernière existe, si elle aura une terminaison heureuse ou malheureuse, c'est ce qui n'est pas possible, dans une affection si aiguë, et qui peut, d'un moment à l'autre, changer presque subitement de caractère. En général, la diminution des symptômes est d'un favorable augure, lorsque l'asphyxie n'a pas fait de trop grands progrès.

§ VII. — Traitement.

Laryngite légère. Lorsque la profession du malade n'exige pas un soin tout particulier de l'organe de la

[1] Il n'est question, dans ce diagnostic, que des corps étrangers peu volumineux; car ceux qui ont un certain volume déterminent une suffocation presque subite.

voix, on n'a ordinairement aucun traitement à prescrire. Dans le cas contraire, il ne faut pas refuser toute attention à cette maladie, quelque légère qu'elle soit ; car on peut la faire disparaître un peu plus vite, et il y a moins de risque de lui voir succéder une irritation permanente qui ôte aux sons une partie de leur pureté, comme il n'est pas rare d'en observer des exemples. Dans ces cas, il suffit le plus souvent de se préserver avec soin du froid, de s'abstenir de tout effort de la voix, et de faire usage de quelques émolliens unis à de légers sédatifs. Ainsi on pourra suivre le traitement suivant :

PREMIÈRE ORDONNANCE.

Laryngite légère.

1°. ℞ Espèces pectorales .... 12 grammes.
Eau bouillante .... 1000 grammes.

Édulcorez avec :

Sirop de capillaire .... 60 grammes.

A prendre par grandes tasses.

Ou bien ℞ Fleurs de mauve ....
de coquelicot .... } ââ 5 grammes.
Eau bouillante .... 750 grammes.
Sirop de gomme .... 60 grammes.

Ces tisanes, qu'on peut facilement remplacer par d'autres, sont ordinairement suffisantes. Il faut les boire tièdes, car le froid des boissons qui traversent le pharynx se communique facilement à la muqueuse laryngienne, provoque la toux et prolonge l'irritation. C'est pour la même raison qu'il ne faut pas boire froid, même dans les repas.

Dans les cas où l'enrouement, les picotemens dans le larynx, et une légère excrétion muqueuse persisteraient, on aurait recours à une préparation opiacée administrée à faible dose, ainsi qu'il suit :

2°. ℞ Extrait thébaïque .... 0,4 grammes.
Extrait de gentiane .... 0,8 grammes.

F. seize pilules dont on prendra une le soir, trois heures au moins après le dernier repas.

L'opium, qui, comme nous le verrons plus loin, a une si grande efficacité dans la plupart des maladies des voies respiratoires, a le double avantage de rendre la muqueuse laryngienne moins sensible à l'action de l'air extérieur, et de procurer au malade un sommeil paisible, pendant lequel les efforts de la toux ne viennent pas sans cesse ajouter une nouvelle irritation à celle qui existe déjà dans l'organe affecté.

Laryngite intense. Lorsque l'inflammation de la muqueuse laryngienne se présente avec un certain degré de violence, le traitement doit être des plus actifs, ainsi que l'ont reconnu les médecins de tous les temps. Si en effet on parcourt les traités de médecine de la plus haute antiquité, on voit que déjà ils proposent les moyens les plus variés contre l'angine suffocante. Mais malheureusement il est très-difficile de tirer partie de leurs indications, non qu'ils aient négligé d'établir avec soin le diagnostic des diverses angines; il suffit de citer Galien, Arétée (*de Caus. et Sign. acut. morb.*, lib. I, cap. VII), Fernel (*de part. Morb. et Sympt.*, lib. V, cap. IX, Lugdun. MDCII), Laz. Rivière [1], Boerhaave, Van Swieten, etc., pour prouver que ces médecins célèbres avaient recherché avec soin les signes différentiels de l'angine laryngienne et de l'angine pharyngienne. Mais, par un singulier oubli de leurs divisions, ces

[1] *Prax. med.*, lib. VI, cap. VII, *de Anginâ.* — Je me contenterai de citer les expressions de cet auteur, qui dans ce passage est un interprète de Galien :

1°. Cynanche : *Inflammatio interiores propriosque laryngis musculos occupat.* 2°. Synanche : *Interiores pharyngis musculos inflammatio occupat.* 3°. Paracynanche : *Exteriores laryngis musculos inflammatio invadit.* 4°. Parasynanche : *Exteriores faucium musculos inflammatio invadit.*

auteurs ne songent presque jamais, lorsqu'ils arrivent au traitement, d'exposer séparément la thérapeutique des diverses espèces qu'ils ont admises. Je vais indiquer ici les moyens préconisés par Arétée et Rivière, et qui me paraissent plus particulièrement s'appliquer à la laryngite aiguë intense.

TRAITEMENT D'ARÉTÉE.

Arétée, dans le but d'attirer au dehors l'humeur, la chaleur, et, ajoute-t-il, *ipsa caro omnis*, conseille les perfusions froides avec la rue et l'aneth, les cataplasmes, un cérat avec le nitre et la moutarde. Quant à la *trachéotomie* pratiquée dans le but de prévenir la suffocation, sa propre expérience n'est point, dit-il, en faveur de cette opération.

TRAITEMENT DE RIVIÈRE.

Rivière, considérant que cette affection a une marche des plus rapides, et peut, dit-il, enlever un homme en un seul jour, propose d'abord une forte saignée; il veut qu'on retire ℔ j, ℔ j ß, ℔ ij *de sang*, autant, ajoute-t-il, que les forces le permettront. Cependant il ne conseille pas de soustraire tout ce sang en une seule fois, de peur qu'il ne survienne une syncope; mais à des intervalles de trois ou quatre heures. Il ne peut y avoir aucune contre-indication à la saignée copieuse; les règles, les lochies, la grossesse ne doivent y apporter aucun obstacle : ainsi Zacutus Lusitanus saigna *sept fois en un seul jour* une femme enceinte de sept mois, et la guérison eut lieu.

Pendant qu'on multiplie les saignées, et le même jour, il faut appliquer, pour établir une révulsion, des *ventouses*, soit sèches, soit scarifiées, sur les épaules et les lombes, faire des *frictions* sur les extrémités, et établir des ligatures douloureuses (*ligaturas dolorificas*).

Le lendemain de la saignée, *sans attendre la coction des humeurs*, car la rapidité de la maladie ne le permet

pas, et le jour même de la saignée, s'il le faut, recourir aux purgatifs, et mettre en usage *une potion purgative accommodée à l'humeur peccante!*

Enfin avoir recours à la *laryngotomie*, opération que les médecins mettaient rarement en usage du temps de Rivière, de peur qu'on ne leur imputât la mort des malades. (*Propter metum infamiæ, quæ medicis et chirurgis impendet, dum æger post operationem occumbit.*)

Les modernes ont eu soin de spécifier les cas particuliers auxquels ils ont appliqué leurs divers moyens de traitement, et par là ils ont pu arriver à des résultats plus positifs; mais, je le répète, aucun travail rigoureux n'a encore été fait à ce sujet, en sorte que, présentant ici l'état de la science, je ne peux que faire connaître les médications préconisées, sans en garantir l'efficacité d'une manière absolue.

Médication antiphlogistique.

Tous les praticiens sont d'accord qu'il faut commencer le traitement par les *émissions sanguines*, aidées des émolliens; en un mot, qu'il faut débuter par la médication antiphlogistique. On ordonne l'application d'un plus ou moins grand nombre de sangsues à la partie antérieure du cou, de fortes saignées, des boissons adoucissantes, des lavemens émolliens, des fumigations émollientes, etc. Mais on s'est demandé si les émissions sanguines locales avaient ou non plus d'avantages que la saignée. Il y a peu d'années, on aurait répondu sans hésiter que les sangsues étaient préférables; aujourd'hui on professe généralement une opinion contraire. M. Blache, dans son article du Dictionnaire, accorde positivement la préférence à la saignée. Il faut dire cependant que cette

opinion n'est point fondée sur une analyse rigoureuse des faits, et que peut-être on a principalement raisonné par analogie. On verra plus tard qu'il est prouvé par l'observation que les symptômes de l'angine tonsillaire sont plus promptement améliorés par la saignée générale que par la saignée locale. Ce résultat s'est-il joint à l'impression de quelques faits particuliers pour faire admettre la supériorité de la saignée? C'est ce qu'il n'est pas permis de décider. Quoi qu'il en soit, voici les prescriptions qui pourront être faites quand on voudra employer la médication antiphlogistique pure :

DEUXIÈME ORDONNANCE.

A. Pour un adulte.

1°. Légère décoction d'eau de guimauve et de tête de pavot, édulcorée avec le sirop de gomme.

2°. Une saignée du bras, de 3 à 400 grammes.

3°. Quinze à vingt sangsues sur la région du larynx, répétées le soir, s'il paraît nécessaire [1].

4°. Matin et soir, une fumigation avec la décoction suivante :

℞ Guimauve........................... 4 grammes.
Tête de pavot........................ n° 1.

Faites bouillir pendant vingt minutes. Diriger pendant dix minutes la vapeur de cette décoction bouillante vers la gorge. Se couvrir avec soin la tête après la fumigation. Ne pas approcher le vase trop près de la bouche, afin de ne point augmenter la chaleur locale.

5°. Chaque matin, un lavement d'eau de guimauve rendu laxatif avec 40 ou 50 grammes de miel mercurial.

6°. Diète absolue.

B. Pour un enfant de six à dix ans.

1°. Recourir aux émissions sanguines locales, et, suivant l'âge,

[1] M. Cruveilhier (*loc. cit.*), contrairement à Laz. Rivière, veut qu'on pousse la saignée jusqu'à la syncope. Cette pratique a pour but d'opérer une déplétion rapide, qui affaisse tous les tissus, et qui fasse promptement tomber la turgescence de la glotte.

appliquer de quatre à huit sangsues; ou bien, comme le font beaucoup de médecins, pratiquer une saignée de 80 à 150 grammes chez les enfans qui approchent de dix ans. Il faut avoir soin de ne pas laisser saigner les piqûres des sangsues plus d'une heure et demie, car il vaut mieux revenir à leur application que de déterminer une trop grande déperdition de sang.

2°. Quatre ou cinq cuillerées à café de sirop de pavot blanc, tous les jours.

3°. Permettre un peu de bouillon coupé dès que l'enfant demandera des alimens.

4°. Employer les autres moyens prescrits pour l'adulte.

C. Pour un enfant de deux à six ans.

1°. Réduire le nombre des sangsues à deux ou quatre.

2°. Ne donner qu'un lavement huileux.

3°. Deux ou trois cuillerées à café de sirop de pavot blanc.

Le reste du traitement doit être le même.

Telle est la médication antiphlogistique et calmante la plus usitée. Il est trop facile de la varier dans ses divers moyens, sauf les émissions sanguines, pour qu'il soit nécessaire de l'indiquer ici.

MÉDICATION INTERNE.

Vomitifs, purgatifs. Mais il est rare que l'on puisse s'en tenir à ces moyens simples, et les menaces de suffocation forcent bientôt le médecin à employer des remèdes, sinon plus efficaces, du moins plus énergiques. Les vomitifs sont fréquemment administrés, surtout chez les enfans. Dans le premier âge, on prescrit *le sirop d'ipécacuanha à la dose de trois ou quatre cuillerées par jour.* Mais, dans l'affection dont il s'agit, il ne faut pas s'en tenir à une dose déterminée; il vaut mieux faire prendre le *sirop par cuillerées, jusqu'à ce qu'il ait provoqué de nombreux vomissemens.* On a remarqué que ce médicament facilitait l'excrétion des mucosités qui obstruent le la-

rynx. Chez l'adulte, il faut donner le tartre stibié à la dose de 0,05 grammes à 0,10 grammes, soit seul, soit mêlé à 1 gramme d'ipécacuanha, et faire prendre cette quantité en deux ou trois fois. Donné en lavage, à la dose de 0,1 gramme, dans une pinte de tisane, l'émétique produit des vomissemens nombreux et faciles, suivis de selles abondantes, effet qu'il est avantageux d'obtenir.

On emploie rarement les purgatifs, mais on peut mettre en usage l'éméto-cathartique suivant :

℞ Tartre stibié	0,05	grammes
Sulfate de soude	16	grammes.
Dans :		
Bouillon aux herbes	750	grammes.

A prendre par verres tous les quarts d'heure.

Le *calomel* fait invariablement partie du traitement opposé par les médecins anglais à la laryngite aiguë, et tous lui accordent de très-grands éloges ; mais on chercherait vainement dans les faits une confirmation de ce qu'ils avancent. Dans tous les cas, en effet, le calomel est associé à des moyens actifs, tels que le vésicatoire et même la trachéotomie, et il est impossible de distinguer non-seulement quelle est son action, mais encore s'il a une action. On verra, dans l'exposé du traitement du docteur Chavasse, comment le calomel est administré.

MÉDICATION EXTERNE.

Vésicatoires. Il est bien rare qu'à ces médicamens, pris à l'intérieur, on ne joigne pas quelques topiques propres à exercer une action révulsive ou dérivative. Le principal est sans contredit le *vésicatoire* placé sur la région laryngienne ou à la nuque, ou sur le ster-

num, comme l'ont pratiqué les docteurs Arnold et J. Watson Robert (*Med. chir. trans. of Lond.*, vol. IX, p. 31, 1818, et vol. VI, 1819, p. 135); souvent même on en applique en même temps sur les extrémités inférieures. Les auteurs que je viens de citer ont rapporté plusieurs cas où ce moyen, uni à la saignée et à l'emploi du calomel, a paru avoir de bons effets. Quand on applique plusieurs vésicatoires, surtout chez les enfans, il est bon de les saupoudrer de camphre, afin d'éviter l'action des cantharides sur la vessie.

Dans une maladie qui marche aussi rapidement, il importe de rendre les médicamens qu'on emploie le plus promptement actifs qu'il est possible; aussi est-ce le cas de faire usage du *vésicatoire à l'extrait éthéré de cantharides*, qui, d'après les expériences de M. Trousseau, agit plus promptement et plus sûrement que le vésicatoire ordinaire, et qui n'occasionne pas, dit ce thérapeutiste (*Traité de thérapeut. et de mat. méd.*, tome Ier, p. 442), des accidens vers les organes génito-urinaires, *pourvu qu'on ne le laisse que huit heures environ en contact avec la peau.* J'emprunte au même auteur la description de la préparation de ces vésicatoires :

Vésicatoire à l'extrait éthéré de cantharides.

℞	Poudre de cantharides..	100 grammes.
	Éther sulfurique......................	Q. S.

Faites une teinture éthérée de cantharides par lixivation (dans un appareil à déplacement); distillez cette teinture pour en retirer l'éther, et vous obtiendrez une huile verte, épaisse et très-vésicante. (*Codex*, 602.)

Cette huile obtenue, on fait le vésicatoire de la manière suivante :

On taille un morceau de papier brouillard de la forme et de la grandeur du vésicatoire qu'on veut établir ; on le colle sur une feuille de diachylum, puis on y verse quelques gouttes d'extrait, de manière à

l'imbiber légèrement, sans toutefois que l'expression puisse en faire sortir une seule gouttelette. Le sparadrap est ensuite appliqué sur la peau.

Cinq heures suffisent quelquefois pour que la vésicule soit formée.

Nous avons aussi, ajoute M. Trousseau, fait préparer, pour le pansement des vésicatoires, des papiers de différentes épaisseurs que nous avons fait enduire de cire dans les proportions de $1/10$ $1/15$ $1/20$ $1/25$ d'extrait de cantharides, pour une partie de cire jaune. De cette manière, on a des papiers à pansement de divers numéros, selon le degré d'activité suppurative que l'on veut donner au vésicatoire.

Un vésicatoire qui agit encore plus promptement et dont la confection est bien moins difficile, est le *vésicatoire magistral* dont voici la formule :

℞ Poudre de cantharides..................	16 grammes.
Farine de froment......................	16 grammes.
Vinaigre............................	Q. S.

Mêlez pour avoir une masse molle, que l'on applique sur la peau.

Quelque soit le vésicatoire que l'on emploie, il faut l'entretenir jusqu'à ce que les symptômes généraux aient disparu et que les symptômes locaux se soient amendés.

L'inconvénient de ce moyen thérapeutique est de déterminer une excitation plus ou moins marquée, et, par conséquent, de tendre à augmenter le mouvement fébrile, surtout chez les enfans. Aussi la plupart des auteurs recommandent-ils de ne l'employer qu'à l'époque du déclin de la maladie, c'est-à-dire lorsque les symptômes d'asphyxie commencent à prédominer; mais il faut prendre garde aussi de laisser passer ce moment, car alors l'action du vésicatoire ne pourrait plus se faire sentir.

Frictions avec l'huile de croton-tiglium. On a encore conseillé, et M. Blache (*loc. cit.*) préfère au vésicatoire, l'huile de croton-tiglium en frictions sur le larynx ou autour du cou. Le mélange suivant est le plus convenable pour ces frictions :

℞	Huile de croton-tiglium	10 à 12 gouttes.
	Huile d'olives	2 grammes.

Imprégnez un morceau de flanelle de ce mélange, et frictionnez deux ou trois fois par jour, jusqu'à ce qu'il se manifeste une rubéfaction marquée.

Ce moyen agit dans le même sens que le précédent; mais il a une action moins bien déterminée.

Autres topiques irritans. Des topiques irritans sont aussi très-fréquemment appliqués à une distance plus ou moins grande du siége de l'affection. On emploie les cataplasmes sinapisés ou les sinapismes purs; les pédiluves, les manuluves sinapisés, ou rendus irritans à l'aide de l'acide hydrochlorique, ainsi qu'il suit :

℞	Acide hydrochlorique	180 grammes.
	Eau chaude	Q. S.

Chez les enfans, dont la peau est plus délicate et plus sensible, et chez lesquels aussi la quantité d'eau nécessaire pour un bain de pied est beaucoup moindre, on ne devra employer que 50 à 60 grammes d'acide.

Adjuvans. A tous ces moyens, qui doivent faire la base du traitement, on joint comme adjuvans des cataplasmes, des fomentations émollientes autour du cou. On a soin de maintenir dans la chambre du malade une température douce, et rendue légèrement humide par l'évaporation d'une petite quantité d'eau.

Trachéotomie. Lorsque ces divers agens thérapeutiques ont échoué, faut-il avoir recours à la trachéotomie, comme moyen extrême? Nous avons vu qu'A-

rétée n'avait aucune confiance dans ce moyen; mais son opinion est loin d'avoir prévalu. Ainsi nous voyons déjà Riolan (*Incheridium anat.*, lib. V, cap. XIII) se prononcer formellement pour cette opération : « *Si*, dit Riolan, *nihil proficiat, neque colli scarificatio*, *ad* bronchotomiam *deveniendum.* » Je ne citerai pas tous les auteurs qui ont donné le même précepte; je me bornerai à dire que les médecins modernes s'accordent à reconnaître que, lorsque la suffocation est imminente, l'opération est indiquée. On objectera peut-être que, puisque sur le cadavre on ne trouve pas de tuméfaction très-considérable, la difficulté de la respiration n'est pas la seule cause de la mort. Mais on peut répondre, comme je l'ai déjà fait, que la tuméfaction a sans doute disparu, et que d'ailleurs les signes d'asphyxie prouvent suffisamment que l'obstacle apporté a l'hématose est, sinon l'unique, du moins la principale cause de la mort. Si j'ajoute qu'il est démontré par plusieurs exemples que le croup véritable peut exister sans qu'on puisse s'assurer de l'existence des fausses membranes, on reconnaîtra que, dans un pareil doute, on doit encore moins hésiter à pratiquer la trachéotomie. J'insiste sur ce point, parce que, dans un bon nombre des observations que j'ai parcourues, ce moyen a été négligé, et que la mort a été la terminaison presque constante. On peut même dire que les cas de guérison ont été d'heureuses exceptions. Plusieurs médecins anglais ont eu recours à la trachéotomie, et quelques-uns avec succès; mais nous avons vu plus haut que les cas pour lesquels ils avaient pratiqué cette opération étaient douteux pour la plupart, en sorte qu'il n'est pas permis de dire qu'il y

eût toujours indication d'opérer. Dans trois cas de brûlure de la glotte, la bronchotomie fut pratiquée, et deux fois avec succès. Il me paraît évident que, dans des circonstances aussi graves, on ne peut pas hésiter, et que même il faut pratiquer l'opération, autant que possible, plus tôt qu'on ne le fait ordinairement.

Résumé; ordonnances. A cet exposé des divers moyens thérapeutiques le plus fréquemment employés, je vais joindre, comme exemple, le traitement mis en usage dans les cas observés par M. Constant, et puis je ferai connaître celui qu'a employé le docteur Chavasse, parce qu'il présente quelques particularités que je n'ai pas encore pu mentionner.

TROISIÈME ORDONNANCE.

Traitement mis en usage dans les cas observés par Constant, chez des enfans de cinq à six ans [1].

Le premier jour de l'observation, quatrième de l'affection :

1°. Appliquer huit sangsues sur la région antérieure du cou.
2°. Un lavement purgatif.
3°. Des sinapismes aux extrémités inférieures.
4°. Ipécacuanha. (Constant n'indique pas la dose.)

QUATRIÈME ORDONNANCE.

Deuxième jour de l'observation, cinquième de l'affection :

1°. Tisane de mauve.
2°. ℞ Calomel .... 0,75 grammes.
Divisez en trois paquets.
3°. Frictions sur le cou, avec l'huile de croton-tiglium.
4°. Un vésicatoire à la nuque.
5°. Diète.

[1] Le traitement devant être très-actif, j'ai cru devoir donner l'ordonnance pour chaque jour.

CINQUIÈME ORDONNANCE.

Troisième jour de l'observation :

1°. Six sangsues au cou.
2°. Un vésicatoire à chaque cuisse.
3°. Sirop d'ipécacuanha. (La dose n'est pas indiquée.)

SIXIÈME ORDONNANCE.

Traitement employé avec succès par le docteur Henry Chavasse, chez une jeune fille de vingt ans.

Premier jour de l'observation, deuxième de l'affection :

1°. Une saignée de 1000 grammes.
2°. Après la saignée, dix-huit sangsues au cou.
3°. Lavement purgatif *illicò*.

4°. ℞ Calomel.......................... 16 grammes.
Opium en poudre.................. 0,1 grammes.
Conserve de roses.................. Q. S.

Faites six pilules.

A prendre une toutes les trois heures dans une ou deux cuillerées de la mixture suivante :

℞ Acétate d'ammoniaque liquide.......... 12 grammes.
Mixture camphrée.................... 160 grammes.

M.

RÉSUMÉ DU TRAITEMENT.

1° *Dans la période d'excitation et de fièvre.* Tisanes adoucissantes et légèrement calmantes; saignée copieuse chez l'adulte; sangsues à la région laryngienne, répétées plusieurs fois; cataplasmes émolliens; fumigations émollientes et narcotiques; opiacés purs; vomitifs; éméto-cathartiques; purgatifs.

2° *Dès que la période d'asphyxie commence.* Révulsifs et dérivatifs; vésicatoire sur la région laryngienne, à la nuque, aux extrémités inférieures; frictions autour du cou avec l'huile de croton-tiglium; sinapismes aux extrémités; pédiluves et manuluves sinapisés, ou rendus excitans à l'aide de l'acide hydrochlorique.

3° Dès qu'il devient évident que ces moyens sont insuffisans, pratiquer la trachéotomie [1].

ARTICLE II.

LARYNGITE CHRONIQUE SIMPLE.

Dans tous les traités généraux, dans tous les articles consacrés aux maladies du larynx, la laryngite chronique simple a trouvé sa place et a été décrite comme s'il était assez commun d'en rencontrer des exemples. C'est là néanmoins une manière de voir qu'on ne saurait adopter sans restriction. Si en effet on veut parler de la laryngite chronique légère, de celle qui ne consiste qu'en un enrouement plus ou moins marqué, avec un sentiment de gêne dans l'organe de la voix, il est certain qu'on a assez fréquemment occasion d'observer cette maladie; mais s'il s'agit d'une laryngite chronique donnant lieu à des accidens graves et demandant un traitement actif, il est facile de s'assurer que la science est très-pauvre en observations semblables, et que presque tous les faits cités sont relatifs à une autre forme de laryngite que l'inflammation simple de la muqueuse laryngienne. Cependant on en possède quelques cas, et c'est d'après eux que j'exposerai ce que nous savons de plus positif sur cette maladie.

Comme pour la laryngite aiguë simple, et pour les mêmes raisons, j'aurai soin, dans la description suivante, de présenter séparément ce qui est relatif à la laryngite chronique légère et à la laryngite chronique intense.

[1] Voir pour les détails de l'opération, et les soins consécutifs, l'article *Laryngite pseudo-membraneuse*, où elle sera décrite avec les plus grands détails.

§ Ier. — Définition ; fréquence.

La laryngite chronique simple est celle qui affecte uniquement les parties molles du larynx sans déterminer d'altération profonde de substance, celle, en un mot, qui consiste en une inflammation bornée de la membrane muqueuse, et qui parcourt lentement ses périodes.

Comme je l'ai dit plus haut, la laryngite chronique légère est assez fréquente; on voit souvent des sujets, d'ailleurs bien portans, avoir une voix rauque, sourde, désagréable, presque éteinte, symptôme qu'on ne peut rapporter qu'à une irritation chronique de l'organe de la voix.

Sous le nom de *laryngite chronique*, beaucoup d'auteurs ont réuni, dans une seule et même description, la laryngite chronique simple et toutes les autres espèces de laryngites qui se développent lentement et font de continuels progrès. Je ne crois pas devoir suivre cet exemple, parce que, sous le rapport de quelques symptômes, et surtout sous celui de la gravité et de la terminaison, la laryngite chronique *simple* se distingue entièrement des autres. Cherchons donc, dans le petit nombre d'observations que nous possédons, à caractériser l'inflammation simple du larynx à l'état chronique.

§ II. — Causes.

1°. *Causes prédisposantes.*

Nous savons positivement que le jeune *âge* est exempt de cette affection, à moins qu'elle ne succède au croup, comme cela a eu lieu dans deux cas cités par MM. Belloc et Trousseau (*Traité pratique de la*

Phthisie laryngée, 1837, *Observ.* 15). Matt. Baillie affirme que cette affection est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes (*Lectures and observ. on Med. by late Matthew Baillie.* Lond. 1825). Cette proposition est exacte relativement à la laryngite légère, mais elle ne prouve pas qu'il y ait dans le *sexe* masculin une prédisposition plus grande à contracter cette affection ; la différente manière de vivre des deux sexes paraît seule être cause de cette fréquence plus grande de la laryngite chronique légère chez les hommes, car lorsque les femmes prennent les mêmes habitudes, elles en sont aussi facilement atteintes. Voilà tout ce que nous savons sur les causes prédisposantes de la laryngite chronique simple; l'influence du tempérament, de la constitution, de l'habitation, etc., ne nous est pas connue.

2°. *Causes occasionnelles.*

Laryngite chronique légère. Comme la laryngite aiguë légère, elle consiste presque entièrement en un simple enrouement, dont les causes déterminantes ne sont pas difficiles à saisir. Les individus qui en sont affectés font habituellement de *grands efforts de voix*, qui, à la longue, finissent par altérer profondément la pureté des sons. Ainsi les crieurs publics, les marchands ambulans, les chanteurs des rues, sont fréquemment affectés de cette maladie à son plus haut degré. Les chanteurs qui ne sont exposés qu'à des fatigues de voix momentanées, et qui d'ailleurs savent se ménager, ne présentent pas l'affection à un aussi haut degré; mais après des fatigues plus ou moins prolongées, la voix, d'abord claire, se voile sensiblement; la cause est la même et

produit les mêmes résultats, mais à un moindre degré, parce qu'elle est plus faible.

Lorsque l'habitude des *excès alcooliques* vient se joindre à la cause dont je viens de parler, la production de la maladie est presque infaillible. On en a la preuve dans les exemples nombreux fournis par les filles publiques, et surtout par celles du plus bas étage, qui se livrent journellement à des excès de boisson. Les alcooliques ont-ils quelque part dans la production de la maladie, ou bien les grands efforts de voix, devenant beaucoup plus fréquens pendant l'ivresse, suffisent-ils seuls pour déterminer l'irritation chronique du larynx? Il est difficile de répondre à cette question. Cependant, si l'on considère que, pendant l'ivresse, des cris qui tiennent du râle sont souvent poussés, que le larynx et la gorge semblent déchirés par les sons qui les traversent, on est porté à croire que la fatigue si grande qui en résulte agit seule sur l'organe. Si quelques individus sont pris d'un enrouement passager le lendemain d'une orgie, ce sont uniquement ceux qui ont fait les plus grands efforts de voix, et chez eux l'introduction de l'alcool dans les voies digestives ne paraît avoir qu'une faible influence. Or il est facile de concevoir qu'une irritation semblable, répétée à des intervalles rapprochés, produise, au bout d'un certain temps, une irritation chronique.

Les grandes *fatigues corporelles* ont été données comme causes de laryngite chronique légère. Il est certain, et tous les physiologistes l'ont reconnu, que la fatigue générale se fait sentir d'une manière remarquable sur le larynx. C'est par l'altération de la voix que commence la fatigue, et c'est par elle

qu'elle finit. On en a une preuve dans les maladies des autres organes. Les forces ne sont pas encore abattues, que la voix a déjà faibli sensiblement; et lorsque le retour de la vigueur naturelle est déjà évident, la voix conserve, en grande partie, son affaiblissement morbide; certains sons, qui étaient facilement émis, ne sortent pas, ou ne sortent que voilés. Ce sont surtout les notes aiguës qui souffrent de cette fatigue. Le fait est donc démontré; mais doit-on regarder cette altération de la voix comme le résultat d'une véritable laryngite? Je ne le pense pas. C'est une altération de fonctions due au peu d'énergie des muscles laryngiens par suite de l'épuisement. La cause dont il s'agit ne peut donc pas être rangée parmi celles de la laryngite chronique. Je reviendrai sur ce point à l'occasion du diagnostic.

Laryngite chronique intense. La plupart des auteurs ayant, comme je l'ai dit, décrit la laryngite simple avec les autres espèces, sans établir de distinction bien tranchée, il est difficile de reconnaître dans leurs écrits ce qui appartient en propre à la maladie dont il est question ici. Voici à quoi se bornent nos documens. Les docteurs J. Graves et W. Stokes (*Clinical Report of cases in the Med. words of the meath hospital;* in *Dublin hospital reports*, vol. V, 1830) disent qu'ils ont observé un certain nombre de cas de laryngite chronique déterminée par le froid; mais ils n'entrent dans aucune explication à ce sujet. Baillie (*loc. cit.*) dit que cette maladie est commune en Angleterre. Enfin MM. Trousseau et Belloc (*loc. cit.*, pag. 113 et 114) rapportent deux observations où l'on voit les symptômes d'une laryngite survenir après un *croup*, pour lequel on avait pra-

tiqué la trachéotomie, et durer pendant trois semaines, jusqu'au moment où l'on mit en usage un traitement approprié.

L'inspiration longtemps prolongée de *substances irritantes*, soit en poudre, soit en vapeur, peut-elle donner lieu à la laryngite chronique? C'est ce qu'il est permis de penser, mais ce qui n'est point encore rigoureusement démontré par des faits bien observés.

§ III. — Symptômes.

Laryngite chronique légère. Le principal symptôme est l'*altération de la voix.* Cette altération peut varier à l'infini : lorsqu'elle est légère, la voix est rauque, dure à l'oreille, un peu couverte; lorsqu'elle est parvenue à son plus haut degré, la voix est basse, râlante; on entend dans la gorge une espèce de sifflement qui se mêle à tous les sons, et le sujet affecté est obligé, pour se faire entendre, de faire des efforts extrêmement sensibles. Les sons aigus sont ceux qui sont le plus profondément altérés, et souvent même ils sont presque entièrement perdus. Il est rare qu'une véritable douleur dans le larynx accompagne cette altération de la voix; mais il existe une gêne plus ou moins marquée, qui excite à faire des efforts d'expiration, accompagnés d'un bruit râlant comme pour chasser un corps étranger. Ces efforts ne sont ordinairement suivis d'aucune expectoration; lorsque quelques crachats sont excrétés, ils n'ont pas de caractères particuliers.

Quant à la *pression* exercée sur le larynx, à l'*inspection*, à l'*auscultation*, il est facile de concevoir qu'elles ne révèlent aucun signe d'une valeur réelle.

Les symptômes généraux sont entièrement nuls; la maladie est essentiellement locale.

Laryngite chronique intense. C'est surtout lorsqu'il s'agit de décrire les symptômes de cette espèce de laryngite, que la pénurie de faits non douteux se fait sentir. Comment, en effet, trouver dans les auteurs une description de la laryngite simple chronique, lorsqu'ils n'ont pas le soin d'établir une division rigoureuse fondée sur les signes qui peuvent faire distinguer les unes des autres les laryngites chroniques avec ou sans lésion profonde? Parmi les observations que j'ai consultées, il en est beaucoup qui n'ont point elles-mêmes toute l'utilité qu'elles devraient avoir, parce qu'il est presque toujours impossible de se défendre de quelques doutes sur la réalité de l'absence de toute lésion ulcéreuse ou autre. C'est assurément une impression que partageront tous ceux qui les liront attentivement. Cherchons, avec le peu de matériaux qu'il nous est permis de mettre en œuvre, à donner une idée de cette affection si mal connue.

L'*enrouement*, le *râlement de la voix*, l'*aphonie*, se font encore remarquer dans ce degré de la laryngite chronique simple, et ils sont plus intenses que dans la laryngite légère, mais ils ne le sont jamais autant que dans la laryngite ulcéreuse, où les cordes vocales sont si souvent détruites. Dans près de la moitié des cas cités par M. Trousseau, la voix fut seulement voilée.

La *douleur du larynx*, qui manquait dans la laryngite légère, se fait sentir dans celle-ci; elle est ordinairement peu intense, mais fatigante en ce qu'elle se reproduit toutes les fois que le malade parle, et

surtout quand il tousse. Quelques auteurs ont avancé que la pression sur le larynx était douloureuse; mais s'agissait-il bien d'une laryngite simple? C'est ce qui est loin d'être démontré.

La *toux* n'a aucun caractère particulier; elle est gutturale comme dans la laryngite légère, et presque toujours provoquée par une sensation de gêne dans l'organe, semblable à celle que produirait un corps étranger de petit volume. Une *expectoration* de crachats jaunâtres ou grisâtres, opaques, non striés de sang, a été notée le plus souvent. Quelquefois les crachats sont pelotonnés, presque concrets; c'est surtout le matin que ces derniers sont excrétés.

La *gêne de la respiration* n'a généralement pas été étudiée d'une manière convenable. Dans deux des cas cités par MM. Trousseau et Belloc, il y avait un peu de dypsnée quand les sujets se livraient à un exercice un peu violent, comme celui de monter un escalier, de courir, ou même de marcher un peu vite. L'inspiration était sifflante, surtout lorsque les malades parlaient. Il est inutile de dire qu'en pareil cas l'*auscultation du larynx* devait faire entendre les râles vibrans qui se produisent lorsque cet organe est rétréci ou obstrué par une substance visqueuse. Mais, suivant M. Beau (*Études théor. et prat. sur les diff. bruits qui se prod. dans les voies respir. Archiv. gén. de Méd.*, 1840, tom. IX), la laryngite chronique ne donne ordinairement lieu qu'à de légers râles bullaires, dus au déplacement facile de la matière muqueuse, par l'air qui traverse le larynx. Il est fâcheux que cette proposition, comme au reste presque toutes celles qui sont relatives à l'auscultation du larynx, ne soit présentée qu'à l'état

de généralité, et ne soit pas appuyée sur des faits convenablement exposés.

Y a-t-il, dans cette affection, des *symptômes généraux?* S'il en existe, ils sont du moins très-faibles. Il n'en est pas question dans la plupart des cas rapportés par MM. Trousseau et Belloc; et dans ceux qui sont cités par d'autres auteurs, ils paraissent toujours dus à une complication quelconque. Il en résulte que la laryngite chronique *simple* n'est pas une maladie très-alarmante, et c'est peut-être là un motif du peu de soin qu'on a mis à l'étudier.

Les symptômes que je viens de décrire peuvent, suivant tous les auteurs, acquérir une très-grande intensité. A ce sujet, je citerais un cas emprunté à M. Fournet par MM. Trousseau et Belloc, si un épaississement considérable, joint à une dureté squirrheuse qui rendait le tissu cellulaire semblable à un véritable tissu lardacé, ne venait jeter des doutes sur la simplicité de la laryngite. Il est fâcheux que ni M. Fournet, auteur de l'observation, ni MM. Trousseau et Belloc, n'aient fait connaître leur opinion sur ce point. Je n'ai pas besoin de dire que cet état des parois du larynx occasionnait un rétrécissement notable de la glotte.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

Comme chacun sait, la *marche* de la laryngite chronique légère présente des irrégularités plus ou moins grandes, suivant que les sujets se livrent plus ou moins aux excès qui l'ont produite et qui l'entretiennent. Quant à la laryngite chronique intense, le défaut d'un nombre suffisant d'observations ne permet pas d'avoir une opinion arrêtée sur ce point.

Il en est de même de la *durée*. Nous savons positivement que la laryngite chronique légère a une durée illimitée, car nous en avons journellement des exemples sous les yeux; mais pour la laryngite chronique intense, nous sommes dans un embarras dont nous ne pourrions sortir que par de pures hypothèses.

Il est inutile de dire que la première de ces deux affections n'occasionne jamais la mort. Quant à la seconde, plusieurs auteurs, tant anciens que modernes, pensent que la laryngite chronique simple, lorsqu'elle est négligée, peut dégénérer en laryngite ulcéreuse; d'où il suivrait que cette affection serait susceptible d'avoir une *terminaison* funeste. Parmi les modernes, M. le professeur Cruveilhier est celui qui s'est prononcé le plus positivement à cet égard. Il dit (*Dict. de Méd. prat.*, tom. XI) : « J'ai vu les « individus les plus vigoureux et les moins prédisposés, succomber victimes de cette maladie... La marche d'un certain nombre de laryngites m'a montré « une diminution notable dans les symptômes, obtenue à plusieurs reprises par l'effet d'une médication convenable, des rechutes à la suite d'imprudences, de telle sorte que la phthisie laryngée « a été évidemment le dernier terme de la laryngite « chronique, aggravée par plusieurs récrudescences. »

Ces raisons sont-elles suffisantes? Je ne le pense pas. Qu'est-ce qui prouve, en effet, que les laryngites, survenues chez les sujets vigoureux dont parle M. Cruveilhier, n'étaient pas, dès le principe, des laryngites ulcéreuses, et probablement des laryngites syphilitiques? La diminution notable des symptômes à des intervalles variables ne suffit pas, car on

sait qu'elle se remarque aussi dans la laryngite chronique ulcéreuse. Jusqu'à ce que les faits aient prononcé, nous devons nous abstenir de tout jugement sur ce point, quoique l'analogie doive nous faire penser que les ulcères du larynx ne sont réellement pas la terminaison d'une inflammation pure et simple. C'est un sujet sur lequel je reviendrai à l'occasion de la laryngite ulcéreuse. Quant à présent, je me borne à constater que la terminaison de la laryngite chronique simple, à son degré le plus intense, n'a pas été convenablement étudiée, et que, par conséquent, tout ce qu'on en dit dans les articles généraux peut être plus ou moins probable, mais n'est nullement prouvé.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les altérations organiques que la laryngite chronique laisse après elle n'ont été étudiées que dans des cas où cette maladie existait comme complication d'une maladie de poitrine, et encore n'est-ce que les cas de laryngite chronique grave qui ont été soumis à un examen attentif. Je ne dirai donc rien des lésions anatomiques de la laryngite chronique légère ; mais j'exposerai en peu de mots ce qui a été trouvé chez les sujets morts avec une laryngite chronique simple complicante ; parce que tout porte à croire que cette maladie, à l'état idiopathique, n'offre pas d'autres lésions. C'est à M. Andral (*Clinique méd.*, 3e édit., tom. IV, p. 187 et suiv.) que j'emprunterai cette description, car lui seul l'a tracée d'une manière complète.

On trouve une rougeur tantôt générale, tantôt partielle de la face interne du larynx. Assez fréquem-

ment cette rougeur n'occupe que la face laryngienne de l'épiglotte; quelquefois elle est bornée au fond des ventricules, et M. Andral n'a, dans quelques cas de phthisie, trouvé que cette rougeur si bornée, alors même que la voix avait été éteinte pendant un temps assez long, de telle sorte qu'il est porté à attribuer l'aphonie, non à cette faible lésion, mais à une sécrétion surabondante de mucosités.

Souvent il existe un ramollissement notable de la membrane muqueuse du larynx, une augmentation considérable de son volume, et enfin un développement de petites taches d'un blanc mat, que leur forme régulière, leur saillie, leur injection « qui occupe soit leur périphérie, soit leur centre, à l'instar des deux « cercles vasculaires de l'iris », porte M. Andral à regarder comme des follicules muqueux enflammés.

§ VI. — Diagnostic ; pronostic.

1°. *Diagnostic.* Il est extrêmement facile de reconnaître la laryngite chronique légère, et l'on ne peut guère la confondre avec aucune autre affection, lorsqu'elle a déjà duré un certain temps. Si en effet on observe, pour tous symptômes, la raucité de la voix et une légère toux gutturale, qui semble avoir pour but de débarrasser les voies aériennes d'un corps qui les gêne, et si la santé générale persiste, on ne peut pas croire à l'existence d'une autre maladie qu'une irritation légère du larynx. Mais le cas est plus difficile lorsque l'affection est encore à son début. Nous verrons que les autres espèces de laryngite chronique ont toutes des commencemens peu inquiétans, et que les symptômes qu'elles présentent d'abord ne diffèrent pas sensiblement de ceux

qui ont été assignés plus haut à l'espèce dont il s'agit.

Mais si l'on songe que, dans l'immense majorité des cas, sinon dans tous, la laryngite chronique avec altération profonde des tissus n'est qu'une complication d'une autre maladie, on sera conduit, par voie d'exclusion, à réduire le diagnostic à la comparaison de la laryngite chronique simple avec la *laryngite syphilitique.* Or, pour distinguer ces deux affections, il faut rechercher avec soin s'il n'existe pas, sur d'autres parties du corps, des signes de syphilis constitutionnelle, tels que ulcères et syphilides de toute espèce; on doit aussi inspecter avec soin le pharynx, car ses parois peuvent présenter des ulcérations caractéristiques. Les antécédens du malade seront interrogés rigoureusement; en un mot, il faut par tous les moyens s'assurer de l'existence ou de la non-existence du virus syphilitique. Si l'on ne peut y parvenir, et si toute la maladie est renfermée dans le larynx, le temps seul pourra éclairer le praticien, en lui démontrant l'innocuité de la laryngite simple légère.

Le diagnostic de la *laryngite chronique intense* est environné de la plus profonde obscurité. Il est facile de s'assurer qu'il existe une laryngite; mais à quoi peut-on reconnaître que c'est une laryngite simple plutôt que toute autre espèce? Voilà ce que les auteurs n'ont pas suffisamment éclairci, et voilà ce que l'insuffisance des observations ne nous permet pas d'indiquer d'une manière satisfaisante. Exposons le diagnostic d'après le peu de documens qu'on trouve dans les auteurs.

Parmi les maladies dont le siége n'est point dans le larynx, il n'en est guère qui puissent réellement

donner lieu à une erreur de diagnostic. Les *affections du pharynx* sont accessibles à la vue, et la seule inspection suffit pour les faire reconnaître. Il n'y aurait donc que les *tumeurs* développées plus profondément, mais toujours aux environs du larynx, qui, en déterminant la gêne de la respiration, la raucité, l'aphonie, pourraient faire croire, dans les premiers temps, à une laryngite chronique simple. Lorsqu'il s'agira de ces tumeurs, je dirai un mot de ce diagnostic dont les difficultés sont très-grandes ; il serait prématuré d'en parler ici.

Parmi les affections qui ont leur siége dans le larynx, celles qui peuvent être le plus facilement confondues avec la laryngite simple chronique sont l'aphonie nerveuse, la laryngite ulcéreuse, et la présence de corps étrangers dans le larynx.

L'*aphonie nerveuse* se distingue de la laryngite chronique simple, 1° par l'état de la voix qui est toujours plus ou moins éteinte, et cela presque dès le début de l'affection, quelquefois même brusquement; dans la laryngite, au contraire, la voix, nous l'avons vu, est seulement rauque, ou si elle est éteinte, comme dans les cas cités par M. Andral, ce n'est qu'après une assez longue durée de la maladie; 2° il n'y a, dans l'aphonie nerveuse, ni gêne dans le larynx, ni douleur, ni dyspnée, à moins de complication; le contraire existe, quoiqu'à un faible degré, dans la laryngite; 3° pas d'expectoration dans l'aphonie nerveuse.

Avant de comparer la *laryngite ulcéreuse* à la laryngite chronique simple, il faut avoir soin de distinguer celle qui est de nature syphilitique ou cancéreuse de celle qui ne l'est pas.

La *laryngite ulcéreuse non syphilitique* et *non*

cancéreuse est presque toujours une complication de la phthisie pulmonaire. C'est un point qui sera discuté plus loin. Ainsi donc tout ce qui fait reconnaître la phthisie commençante (car dans les cas de phthisie confirmée il n'y a aucune difficulté) servira à faire établir le diagnostic. L'amaigrissement, la toux, les sueurs nocturnes, l'affaiblissement et surtout l'altération du son de la poitrine et du bruit respiratoire sous les clavicules, devront être recherchés avec soin; car aucun de ces symptômes n'existe dans la laryngite simple idiopathique. Dans quelques cas, l'examen du malade n'ayant pas été fait avec tout le soin convenable, on a cru que la laryngite existait seule, quoiqu'il n'en fût rien; cela prouve que quelquefois le diagnostic devient très-difficile; car les signes pectoraux, qui seuls peuvent nous guider, sont alors très-légers.

Quand la laryngite ulcéreuse est de nature *cancéreuse*, on a pour se guider dans le diagnostic, 1° les signes de cachexie cancéreuse : amaigrissement, faiblesse, langueur, teint jaune paille, et quelquefois la présence de tumeurs cancéreuses dans d'autres parties du corps; 2° la douleur, généralement plus vive que dans la laryngite simple; 3° la crépitation causée par la pression sur les cartilages du larynx, lorsque les désordres sont considérables; 4° l'expectoration, qui n'a dans la laryngite simple aucun caractère, ainsi que nous l'avons vu, et qui, dans la laryngite cancéreuse, se présente sous forme de crachats filans ou spumeux, mêlés d'une quantité variable de pus et de sang, et quelquefois de détritus des cartilages corrodés; 5° enfin, l'inspection de l'arrière-gorge. On peut en effet, dans le cancer ul-

céré du larynx, apercevoir une tuméfaction, une déformation, et souvent une destruction partielle de l'épiglotte, qui fait reconnaître la nature de la maladie.

Il est beaucoup plus difficile, comme je l'ai déjà dit, de distinguer au début la laryngite chronique simple de la *laryngite syphilitique*. J'ai indiqué plus haut (page 241) quels étaient les moyens d'y parvenir. J'ajouterai seulement ici que la laryngite chronique simple peut exister longtemps sans amener de grands désordres dans l'état général du malade; il n'en est pas de même de la laryngite syphilitique, qui, outre une altération plus profonde de la voix, et souvent une expectoration purulente et sanglante, finit par produire une véritable cachexie dont le traitement le mieux indiqué a quelquefois beaucoup de peine à tirer le sujet.

On a cité des cas dans lesquels des *corps étrangers* d'un petit volume sont longtemps restés dans le larynx et y ont causé des accidens qu'on pourrait confondre avec les symptômes de la laryngite chronique simple. Mais une seule considération suffira pour établir le diagnostic. Lorsqu'un corps étranger reste longtemps dans le larynx, on observe des intervalles de calme très-marqués et très-fréquens; c'est ce qui n'a pas lieu dans la laryngite chronique simple.

Quant à l'*auscultation du larynx*, on n'a pas encore déterminé définitivement sa valeur dans le cas dont il s'agit. Celle de la poitrine serait peut-être plus utile; car la présence des corps étrangers peut rendre le bruit respiratoire plus faible dans tout le thorax. Résumons maintenant ce diagnostic dans un tableau synoptique [1].

[1] Je ne présente dans ce tableau que le diagnostic de la laryngite

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1°. *Signes distinctifs de la laryngite chronique simple et de l'aphonie nerveuse.*

LARYNGITE CHRONIQUE SIMPLE.	APHONIE NERVEUSE.
Voix rauque; rarement éteinte, et seulement à une époque avancée de la maladie.	*Voix* plus ou moins éteinte, peu de temps après le début, ou brusquement.
Douleur du *larynx; respiration* gênée, quelquefois sifflante.	Point de *douleur;* point de *gêne;* point de *difficulté de la respiration.*
Expectoration de crachats muqueux.	Pas d'*expectoration.*

2°. *Signes distinctifs de la laryngite chronique simple et de la laryngite ulcéreuse non syphilitique et non cancéreuse, à son début.*

LARYNGITE CHRONIQUE SIMPLE.	LARYNGITE ULCÉREUSE, AU DÉBUT.
Etat général parfait; aucun signe de tubercules.	Presque toujours, signes généraux et locaux des *tubercules pulmonaires.*

3°. *Signes distinctifs de la laryngite chronique simple et de la laryngite ulcéreuse cancéreuse.*

LARYNGITE CHRONIQUE SIMPLE.	LARYNGITE ULCÉREUSE CANCÉREUSE.
Etat général parfait.	Amaigrissement, faiblesse, langueur, teint jaune paille (cachexie cancéreuse).
Douleur légère.	*Douleur* vive.
Pas de *crépitation.*	Quelquefois *crépitation* produite par la pression sur les cartilages du larynx.
Expectoration de matières purement muqueuses.	*Expectoration* de matières muco-purulentes; détritus cartilagineux.
On ne découvre rien dans l'*épiglotte* quand on peut la voir distinctement.	Quelquefois épaississement, déformation, ulcères de l'*épiglotte.*

chronique intense; car, pour la laryngite chronique légère, il est trop facile pour avoir besoin d'être résumé.

4°. *Signes distinctifs de la laryngite chronique simple et de la laryngite syphilitique.*

LARYNGITE CHRONIQUE SIMPLE.	LARYNGITE SYPHILITIQUE.
Point d'*infections* vénériennes.	*Infections* vénériennes antécédentes.
Ni *ulcères* vénériens, ni *syphilides*, ni *exostoses*.	*Ulcères* vénériens; syphilides sur d'autres parties du corps; *exostoses*, etc.
Expectoration toujours muqueuse.	A une époque avancée de la maladie, *expectoration* de matières mucoso-purulentes.
État général bon.	*Cachexie* syphilitique.

5°. *Signes distinctifs de la laryngite chronique simple et des corps étrangers séjournant longtemps dans le larynx.*

LARYNGITE CHRONIQUE SIMPLE.	CORPS ÉTRANGERS DANS LE LARYNX
Commémoratifs nuls.	*Commémoratifs*; suffocation subite lors de l'introduction du corps étranger.
Accès de suffocation peu marqués; gêne de la respiration toujours existante.	*Accès* de suffocation plus ou moins violens, séparés par de nombreux intervalles de calme profond.

Pronostic. — Suivant les auteurs qui se sont le plus occupés de l'inflammation chronique du larynx, la laryngite simple tend naturellement à la guérison; les excès et les imprudences du sujet entretiennent seuls son mal, et souvent l'aggravent. Quelques médecins ont signalé cette bénignité de la laryngite chronique simple comme pouvant servir à éclairer le diagnostic.

§ VII. — Traitement.

On ne doit pas s'attendre, dans une maladie qui a été si légèrement étudiée, à trouver une appréciation toujours rigoureuse des diverses méthodes de traitement mises en usage. C'est ce qu'avait déjà remarqué le docteur J. K. Walker en 1822 (*the London Medic. Reposit.*, t. XVII), et ce qui est encore vrai

aujourd'hui. « Si nous nous en rapportons, dit cet « auteur, aux écrits publiés sur ce sujet, les sang- « sues, les vésicatoires, les frictions mercurielles, « l'émétique, l'hydrochlorate d'ammoniaque, et le « calomel, sont autant de moyens qui comptent des « succès; mais on n'a pas eu soin de noter (ce qui « était indispensable) quel était le degré de la ma- « ladie. » En d'autres termes, les auteurs ont négligé de faire la part des diverses espèces de laryngite. Bornons-nous donc à indiquer aux praticiens les moyens proposés, laissant à l'expérience le soin de prononcer sur leur valeur réelle.

1°. La *laryngite chronique légère* ne demande véritablement aucun traitement. Changer les conditions hygiéniques, mettre un terme aux excès de tout genre qui ont fait naître cette affection de peu d'importance, c'est là tout ce que le médecin doit recommander. Les sujets qui ont besoin de toute l'intégrité de leur voix, comme les chanteurs, devront non-seulement changer leurs habitudes, mais encore se condamner pendant quelque temps à un silence presque absolu, et faire le traitement émollient et légèrement narcotique que je vais indiquer pour la laryngite chronique intense.

2°. *Laryngite chronique intense.* Lorsque cette affection présente un certain degré d'acuité, il faut, d'après tous les auteurs, avoir recours à quelques uns des moyens qui ont été indiqués à l'article de la laryngite aiguë simple. Ainsi les émolliens, quelques sangsues, une saignée générale et l'application de quelques ventouses scarifiées à la nuque (moyen qui, d'après MM. Trousseau et Belloc, doit passer après les deux autres), seront mis en usage.

MM. Trousseau et Belloc proscrivent l'emploi des topiques émolliens sur la région laryngienne, parce que, disent-ils, leur application provoque vers la gorge une fluxion sanguine considérable, et que les accidens, loin d'être calmés, subissent au contraire une grande aggravation. Quoi qu'il en soit, il faut bientôt recourir à d'autres remèdes, si on n'a pas été forcé de les employer dès le début.

Les tisanes qu'on prescrira, au lieu d'être simplement émollientes, seront légèrement stimulantes ou légèrement toniques, telles que les suivantes :

℞ Racine de bardane concassée.......... 20 grammes.
Eau bouillante...................... 1 litre.
Faites infuser trois heures, passez et décantez.
Édulcorez avec :
Sirop de fumeterre................... 64 grammes.
A prendre par verrées.

Ou bien :

℞ Lierre terrestre...................... 4 grammes.
Hysope............................ 4 grammes.
Faites infuser dans :
Eau.............................. 1000 grammes.
Édulcorez avec :
Sirop de capillaire.................. 64 grammes.

Ces tisanes doivent être continuées pendant toute la durée de la maladie; on les varie facilement, en ayant recours à des plantes qui jouissent à peu près des mêmes propriétés, telles que la sauge, le romarin, etc.

Révulsifs. Il est fort rare que la médication précédente obtienne un plein succès, et les praticiens qui ont le mieux étudié cette maladie ont presque toujours hâte de recourir à d'autres moyens en tête desquels il faut placer les *révulsifs;* mais ici les

avis sont partagés sur quelques points. Plusieurs auteurs, et entre autres MM. Trousseau, Belloc et Blache, pensent que le *vésicatoire volant* n'a pas d'utilité réelle, et qu'il faut employer le *vésicatoire* à demeure, dont l'action prolongée peut seule avoir un effet avantageux. Matt. Baillie (*loc. cit.*), au contraire, recommande l'application réitérée de petits vésicatoires, successivement appliqués sur la partie antérieure du cou et sur la région supérieure du sternum. Auquel de ces deux procédés devons-nous accorder la préférence? L'expérience n'ayant pas prononcé sur ce point, le praticien ne doit en exclure aucun, bien que les raisons données par MM. Trousseau et Belloc soient plausibles. Ainsi ce sera au médecin à se décider suivant ce que les circonstances lui paraîtront indiquer. Le cas étant moins pressant que dans la laryngite aiguë, on n'aura pas besoin de recourir à des vésicatoires plus actifs que les vésicatoires ordinaires. Quant au lieu où il faut les appliquer, c'est sur la région laryngienne elle-même chez les femmes et les enfans, et à la nuque chez les hommes, la barbe étant, comme on l'a fait remarquer, un obstacle à son application sur la partie antérieure du cou.

Suivant Matt. Baillie (*loc. cit.*), le remède *peut-être* le plus utile est un petit *séton* passé sous la peau d'un des côtés du cou, très-près du larynx. MM. Trousseau et Belloc, sans se prononcer sur la valeur absolue du séton, pensent qu'il vaut mieux adopter ce lieu d'élection que de placer cet exutoire à la nuque, où d'autres praticiens ont cru devoir le mettre, et le préfèrent au vésicatoire, parce qu'il est *moins douloureux*, *moins irritant*, *moins difficile à panser*.

Ces deux derniers auteurs emploient le plus souvent, mais, disent-ils, sans en retirer de très-bons effets, et uniquement parce que les malades y répugnent moins, les *frictions avec la pommade stibiée* et l'*escarification* du derme par la potasse caustique.

FRICTIONS STIBIÉES, D'APRÈS MM. TROUSSEAU ET BELLOC.

Pour pratiquer les frictions stibiées, prenez :

POMMADE D'AUTENRIETH.

Tartre stibié	4 grammes.
Axonge	12 grammes.

Mêlez parfaitement.

On pratiquera deux ou trois frictions par jour avec gros comme une noisette de cette pommade. Suivant MM. Trousseau et Belloc, « les frictions doivent être continuées quelques jours de suite, et on ne doit pas les abandonner au moment où elles commencent à faire naître des pustules; il faut au contraire insister pendant un ou deux jours, jusqu'à ce que l'éruption stibiée soit confluente. Lorsque ensuite les croûtes commencent à tomber, il faut revenir au même moyen, et ainsi deux fois par mois tout le temps que dure la *phthisie laryngée* (*loc. cit.*, pag. 311). »

Je ferai, au sujet de cette médication, une remarque qui rendra sans doute le praticien très-réservé dans son emploi. L'usage de la pommade stibiée, surtout lorsqu'il est longtemps continué, peut laisser des traces profondes sur la peau. Sans doute ce ne serait pas là un motif de l'abandonner, s'il était rigoureusement prouvé par les faits que ce médicament a de grands avantages; mais c'est là ce que l'observation n'a pas encore démontré.

Voici comment les mêmes auteurs prescrivent la *potasse caustique* :

EMPLOI DE LA POTASSE CAUSTIQUE D'APRÈS MM. TROUSSEAU ET BELLOC.

« On applique tous les huit jours, sur l'un ou l'autre côté du larynx et de la trachée, un petit morceau de potasse caustique. Par ce moyen on finit par avoir en même temps cinq ou six cautères en suppuration, sans qu'il soit besoin de les entretenir en y plaçant des pois. »

Les réflexions que j'ai faites à propos de l'emploi de la pommade stibiée s'appliquent à l'usage de la potasse caustique.

D'autres médecins ont appliqué ces mêmes révulsifs loin du siége de la maladie, au bras ou à la jambe ; mais rien ne prouve que cette pratique ait été réellement suivie de succès.

Le docteur Hutchinson a employé avec persévérance l'*huile de croton tiglium en frictions* dans la laryngite chronique, et de ses essais il conclut que ce médicament peut soulager les malades, mais non les guérir ; il a vu, en effet, la voix s'améliorer et les autres symptômes diminuer, lorsque, sous l'influence des frictions, une éruption considérable se montrait sur la région laryngienne ; mais cette amélioration n'était que passagère. *Trois gouttes* d'huile de croton tiglium étaient chaque jour appliquées par lui sur la peau qui recouvre le larynx.

Tels sont les révulsifs proposés. Je ne peux m'empêcher de faire à leur égard une réflexion générale. Bien que tous les auteurs soient d'accord pour les recommander, il n'est pas un seul fait qui démontre positivement que la laryngite chronique simple ait été guérie par leur emploi. Le praticien ne devra donc, jusqu'à plus ample informé, avoir

qu'une confiance limitée en eux; il pourra et il devra même les prescrire comme moyens ayant une plus ou moins grande utilité, car le dernier mot n'est pas dit sur le traitement de la laryngite chronique; mais il ne se reposera pas uniquement sur eux; et, à moins de circonstances particulières qu'on ne saurait prévoir, il devra recourir, dès que l'action des révulsifs paraîtra douteuse, à une médication plus active.

Narcotiques. Peut-être est-il sans exemple qu'on se soit abstenu de faire usage des *narcotiques* dans un cas de laryngite chronique. Ces médicamens ont en effet une telle influence sur la respiration, que toutes les fois que cette fonction éprouve une gêne marquée, on est presque invinciblement porté à les administrer. Voyons donc comment on les a prescrits.

1°. *Extrait de laitue.* M. Walker (*the London med. Reposit.*, t. XVII, 1822) prétend que l'extrait de laitue est quelquefois préférable à des sédatifs plus puissans; on le donnera soit en pilules, suivant la formule que j'indiquerai plus loin, soit en potion, ainsi qu'il suit :

℞ Thridace.........................	0,5	grammes.
Infusion de mauve..................	100	grammes.
Sirop de gomme.....................	20	grammes.

M. A prendre par cuillerées dans la journée.

2°. *Opium.* C'est le narcotique le plus usité; on l'a rarement prescrit à haute dose dans la maladie qui nous occupe. Ainsi on n'administre pas plus de 3 à 10 centigr. d'extrait gommeux, soit en pilules, soit en potion.

Datura stramonium. Ce médicament est précieux lorsque l'opium n'a pas produit l'effet qu'on en attendait; car souvent, dans de semblables circonstances, il apporte beaucoup de soulagement. Dans l'affection dont il est ici question, on le prescrit surtout en fumigations, ou bien on le fait fumer sous forme de cigarettes. Les fumigations sont administrées de la manière suivante :

Fumigations narcotiques.

℞ Infusion de sureau.................	1000 grammes.
Poudre de datura stramonium........	3 grammes.

Une fumigation tous les soirs, ou matin et soir.

MM. Trousseau et Pidoux conseillent d'employer pour ces fumigations l'appareil proposé par MM. Gannal et Richard pour les fumigations de chlore. Je ne pense pas que l'action du datura soit assez active pour rendre nécessaire cet appareil, d'ailleurs très-convenable si on peut se le procurer; un vase ordinaire, une simple théière, sont suffisans.

On fait encore plus souvent, depuis ces dernières années et d'après la recommandation de M. Cruveilhier, *fumer* le datura stramonium *comme du tabac;* le mélange suivant est généralement adopté :

℞ Feuilles sèches de datura.................	1 gramme.
de sauge.................	1 gramme.

M.

Cette quantité est suffisante pour une pipe, et l'on peut en faire fumer de une à trois par jour, suivant leur action. La même quantité peut être fumée dans du papier roulé en cigarette. Enfin, comme le font remarquer les auteurs que je viens de citer, les hommes qui ont l'habitude de fumer n'ont qu'à mêler le datura à leur tabac.

On peut, sans inconvénient, remplacer le datura stramo-

nium par la belladone; seulement on doit élever la dose d'un cinquième ou d'un quart en sus.

Bennati, qui s'est beaucoup occupé des maladies de l'organe de la voix, conseillait une préparation dont je donnerai plus loin la formule, et dans laquelle on fait dissoudre l'extrait de belladone dans l'alcool camphré. Suivant cet auteur, dans les affections rhumatismales, l'extrait de jusquiame remplace, à la même dose, la belladone; mais à quoi reconnaît-on que l'affection est de nature rhumatismale? C'est là une question à laquelle il n'est pas facile de répondre.

MM. J. Graves et W. Stokes ont conseillé le même moyen, mais sous une forme différente. Ils recommandent d'appliquer sur la partie antérieure du cou un emplâtre de belladone. La formule suivante remplit très-bien cette indication :

Emplâtre de belladone.

℞ Extrait alcoolique de belladone........	36 grammes.
Résine élémi..........................	8 grammes.
Cire..................................	4 grammes.

Faites dissoudre la cire et la résine; incorporez l'extrait. (*Planche.*)

Pour terminer ce que j'ai à dire des médicamens de cette espèce, j'ajouterai que Matt. Baillie, et avec lui plusieurs médecins anglais, ont fait usage de l'*extrait de ciguë;* Baillie en prescrit 30 centigram., à prendre trois fois par jour. Ainsi on pourra ordonner :

℞ Extrait de suc non dépuré de ciguë.....	5 grammes.
Poudre de feuilles de ciguë...........	Q. S.

Faites des pilules de 0,1 gramme dont on prendra 9 par jour.

Je viens d'indiquer avec assez de détails les princi-

paux narcotiques ou stupéfians recommandés par les divers auteurs, parce que, 1° ils sont, comme je l'ai déjà dit, de l'usage le plus général, et 2° ils ont, au moins comme adjuvans, une utilité reconnue par tout le monde. Mais les réflexions que j'ai faites à propos des révulsifs s'appliquent également à ce genre de médicamens; il n'est vraiment pas d'exemple positif de guérison opérée uniquement par ces moyens, en sorte qu'il faut de toute nécessité les joindre à d'autres, si l'on veut avoir le droit d'en attendre autre chose que du soulagement.

Résumé; ordonnances. Ordinairement on a recours en même temps aux révulsifs et aux narcotiques, après avoir, si le cas l'exige, employé les antiphlogistiques. Voici alors comment le traitement doit être dirigé :

PREMIÈRE ORDONNANCE.

Pour un adulte, dans le cas où il reste des traces d'inflammation aiguë :

1°. Infusion de mauve et de coquelicot, édulcorée avec le sirop de capillaire.

2°. Une saignée du bras, de 3 à 400 grammes; ou bien 15 à 20 sangsues sur la région laryngienne.

3°. Fumigations émollientes et narcotiques, matin et soir [1].

4°. Un vésicatoire à demeure, soit à la région laryngienne, soit à la nuque.

5°. Si la région laryngienne est libre, y faire pratiquer les frictions suivantes, qui, si cette partie est occupée par un vésicatoire, seront faites sur les parties latérales du cou.

℞ Extrait de Belladone.................. 0,6 grammes.
Alcool camphré........................ 125 grammes.

Diss.

[1] Voir la *Laryngite aiguë*.

Faire deux ou trois frictions par jour, et seulement pendant les trois premiers jours du traitement. (Bennati.)

6°. Ne permettre que deux ou trois bouillons par jour, jusqu'à ce que les symptômes d'inflammation soient dissipés.

DEUXIÈME ORDONNANCE.

Pour un enfant de six à dix ans :

Les mêmes moyens doivent être employés, seulement :

1° Si l'on pratique la saignée du bras, on n'enlèvera que 100 à 150 grammes de sang ;

2° Dans le liquide des frictions l'extrait de belladone ne sera porté qu'à 2 ou 3 décigrammes.

Les enfans moins âgés étant très-peu sujets à la laryngite chronique, il est inutile de faire une prescription particulière pour eux.

TROISIÈME ORDONNANCE.

Pour un adulte, lorsqu'il ne reste plus aucun signe d'inflammation aiguë :

1°. Pour tisane, décoction de racine de bardane, édulcorée avec le sirop de fumeterre ; ou bien infusion de lierre terrestre, de sauge, etc., édulcorée avec le sirop de capillaire.

2°. Un séton à la partie antérieure du cou, vers la partie inférieure du cartilage thyroïde.

3°. Frictions deux ou trois fois par jour avec la pommade d'Autenrieth (*voy.* pag. 250) sur les parties latérales du cou, près du larynx.

Ou bien, appliquer tous les huit jours, à droite et à gauche du larynx, de petits morceaux de potasse caustique, de manière à former de petits cautères qu'on n'entretient pas.

4°. Tous les soirs, de 1 à 4 des pilules suivantes :

℞ Thridace...........................	4 grammes.
Poudre de réglisse....................	Q. S.

Pour 20 pilules.

On peut prescrire la thridace en potion suivant la formule indiquée à la pag. 252.

5°. Une fumigation tous les soirs, ou matin et soir, avec le datura stramonium. (*Voy.* pag. 253.)

6°. Régime doux et léger ; n'accorder que la moitié ou au plus les trois quarts de la quantité ordinaire des alimens. Recommander de ne

pas prendre les boissons ou les alimens trop chauds. Maintenir le corps dans une douce température.

QUATRIÈME ORDONNANCE.

Adulte, dans un cas semblable au précédent :

1°. Mêmes tisanes.

2°. Appliquer successivement plusieurs petits vésicatoires volans autour du larynx et sur la partie supérieure du sternum. (Baillie). Avoir soin de laisser libre un assez grand espace de la région laryngienne pour l'application suivante :

3°. Sur la peau qui couvre le larynx, un emplâtre de belladone. (*Voy*. pag. 254.)

4°. Faire fumer de 1 à 3 grammes de feuilles de datura stramonium, unies à une égale quantité de sauge. (*Voy*. pag. 253.)

5°. Régime comme dans la prescription précédente.

A tous les narcotiques que je viens d'indiquer on peut substituer soit l'extrait gommeux d'opium à la dose de 3 à 10 centigram.; soit, comme le proposent MM. Trousseau et Belloc, un sel de morphine (le sulfate ou l'hydrochlorate à la dose de 0,5 grammes), appliqué suivant la méthode endermique. Avec ce dernier médicament, on obtient une double action révulsive et narcotique, et la première n'est pas la moins marquée, car les sels de morphine agissent d'abord comme de puissans irritans sur la peau dénudée de son épiderme.

Les vésicatoires sur lesquels on appliquera ce médicament devront être placés le plus près possible du larynx. La dose du sel est de 3 à 5 centigrammes pour les adultes et les vieillards, et de 1 à 3 chez les enfans au-dessous de dix ans. L'emploi de ce remède réunissant, comme je viens de le dire, l'action révulsive et l'action narcotique, résume en quelque sorte la partie du traitement que je viens d'exposer.

Préparations mercurielles. Plusieurs médecins an-

glais ont conseillé les préparations mercurielles, et en ont vanté les effets; mais il y a une question préalable qu'ils ne se sont pas posée, et que cependant il faudrait de toute nécessité résoudre avant de se prononcer sur les effets d'un pareil traitement. Les laryngites dans lesquelles on a mis en usage ces médicamens étaient-elles ou non de nature syphilitique? Si ces laryngites étaient de nature syphilitique, nul doute que le traitement n'ait eu une grande influence sur la terminaison de la maladie, et en l'absence de preuves, on doit supposer qu'il en était ainsi. Dans plusieurs observations, et notamment dans celles des docteurs Marshal Hall de Nottingham (*Med. chir. Transactions of London*, 1819, vol. X, pag. 166) et Graves (*Analys. dans la Gaz. méd.*, 1833), il n'est point dit si les malades avaient eu ou non des maladies vénériennes, et, bien que dans le nombre des sujets il y eût de jeunes demoiselles, on sait que ces maladies ont pu exister sans que les médecins en aient été instruits. Pour ces motifs, je renvoie tout ce que j'ai à dire de l'emploi des mercuriaux à l'article qui sera consacré à la laryngite syphilitique.

Médication topique. C'est à MM. Trousseau et Belloc que nous devons les faits les plus importans sur les effets de cette médication. Ce sont eux qui, par l'application directe des médicamens sur la muqueuse laryngienne, ont enrichi le plus cette partie de la thérapeutique, et ont obtenu les plus beaux succès; ce sont eux aussi qui ont le mieux fait connaître et l'action des substances employées, et la manière dont il faut diriger le traitement. Je n'ai guère, par conséquent, qu'à donner un résumé de la partie de leur ouvrage qui a rapport à la médi-

cation topique. Toutefois j'aurai soin de contrôler les résultats généraux par le relevé de leurs propres observations. Ils divisent les médicamens dont il s'agit, en trois sortes : 1° ceux qui sont sous forme de vapeurs sèches ou humides; 2° ceux qu'on introduit sous forme liquide; 3° ceux qu'on administre sous forme pulvérulente.

1°. *Inspiration de vapeurs sèches ou humides.* Outre les fumigations que j'ai indiquées plus haut, on en a prescrit d'autres de diverse nature. Parmi les fumigations sèches, je citerai les suivantes :

FUMIGATIONS SÈCHES.

Inspirer pendant cinq à dix minutes, une ou deux fois par jour :
La fumée de goudron,
de résine,
de jusquiame,
de tabac,
de pavot.

La première de ces fumigations a été prescrite par M. Walker (*loc. cit.*), et, selon lui, avec succès.

Pour faire ces fumigations, il faut tout simplement prendre un pot de grès au couvercle duquel on pratique une petite ouverture; on fait brûler, dans l'intérieur, la substance prescrite, et, soit à l'aide d'un tube, soit en se tenant à une faible distance de l'ouverture, on reçoit vers la gorge et l'on aspire la vapeur qui s'en dégage.

MM. Trousseau et Belloc ont également fait inspirer à leurs malades la vapeur du cinabre, de l'acide sulfureux, etc.; mais, disent-ils, avec des résultats très-variés.

Les mêmes auteurs, ainsi que MM. Gannal, Cottereau et Richard, ont employé d'autres substances, telles que l'iode, le chlore, l'acide hydro-sulfurique

et diverses huiles essentielles. Pour celles-ci, l'appareil de MM. Gannal et Cottereau est mis en usage, et alors ce sont des fumigations humides, les substances médicamenteuses passant à travers l'eau pour arriver à la bouche des malades. Je n'en dirai pas davantage sur ces derniers médicamens, parce que rien ne prouve qu'ils aient eu des résultats avantageux, et que leur emploi offre de trop grands dangers pour qu'ils deviennent jamais d'un usage habituel.

2°. *Médicamens liquides*. Ceux qui ont été employés par MM. Trousseau et Belloc sont irritans ou seulement astringens. Les procédés pour porter ces liquides dans le larynx étant les mêmes pour tous, je vais d'abord en donner la description telle qu'elle a été présentée par ces deux auteurs. Je rechercherai ensuite quel est le degré d'efficacité de ces divers médicamens.

Pour porter un liquide caustique dans le larynx, on peut employer divers moyens :

1°. S'il s'agit seulement de cautériser la partie supérieure du larynx et l'épiglotte :

CAUTÉRISATION DE LA PARTIE SUPÉRIEURE DU LARYNX.

Prenez une flèche de papier roulé, assez ferme; recourbez-en l'extrémité que vous tremperez dans la solution, de manière à ce qu'elle en retienne une goutte. Faites ouvrir largement la bouche, et, avec une cuiller fortement courbée, déprimez la langue en l'attirant un peu en avant; introduisez alors la petite flèche, et, lorsque son extrémité aura dépassé l'épiglotte, faites exécuter à l'instrument un mouvement de bascule qui l'enfonce dans la partie supérieure du larynx.

2°. S'il est nécessaire de cautériser à la fois le pharynx, la base de la langue et l'entrée du larynx :

CAUTÉRISATION PLUS ÉTENDUE.

Prenez une baleine de 4 à 5 millimètres de diamètre; faites-la chauffer à la flamme d'une bougie, à environ trois centimètres de son extrémité. Quand elle sera suffisaminment ramollie, recourbez-la de manière à former un angle de 80 degrés. Pratiquez à son extrémité une coche circulaire et profonde, et attachez-y solidement une petite éponge sphérique de 15 millimètres de diamètre, que vous imbiberez complétement d'une solution de nitrate d'argent; puis déprimez la langue comme précédemment, et introduisez le porte-caustique. Dès que vous aurez dépassé l'isthme du gosier, il s'opérera un mouvement de déglutition qui portera le larynx en haut : saisissez ce moment pour ramener en avant l'éponge, que vous avez enfoncée jusqu'à l'entrée de l'œsophage. Par cette manœuvre, vous reviendrez sur l'entrée du larynx, en relevant l'épiglotte, et vous pourrez facilement y exprimer, en appuyant, la solution caustique. Loin de gêner cette introduction, les convulsions de toux la favorisent.

3°. Si ce procédé ne peut être supporté par le malade, on aura recours au suivant :

INJECTIONS CAUSTIQUES.

Faites construire une petite seringue d'argent, semblable à celle d'Anel; le syphon, de 15 centimètres de longueur, fortement recourbé à son extrémité, devra présenter une ouverture de 1 millimètre de diamètre. Mettez dans la seringue un quart et demi de sa capacité de solution caustique, et laissez le piston soulevé, comme si la seringue était pleine, de manière à ce qu'il y ait environ un quart de solution de nitrate d'argent et trois quarts d'air. Le malade étant disposé comme dans l'opération précédente, portez l'extrémité du syphon au delà de l'épiglotte, et, dès qu'elle aura franchi cet organe, poussez rapidement le piston. Par suite du mélange de l'air et du liquide, il se produira une pluie fine, qui pénétrera en même temps dans la partie supérieure de l'œsophage et dans le larynx.

A l'instant même, le malade éprouve une toux convulsive qui chasse toute la partie de solution non combinée avec les tissus. Faites alors boire quelques gorgées de limonade hydrochlorique, ou tout simplement d'eau salée, afin de décomposer le peu de solution qui, restée dans l'œsophage, pourrait être avalée.

MM. Trousseau et Belloc, qui ont fréquemment pratiqué ces cautérisations, en ont constaté l'innocuité; quant à la douleur, elle est à peine sentie dans le pharynx.

Parmi les divers médicamens qu'on peut, par ces procédés, porter sur la muqueuse du larynx, il faut mettre en première ligne le *nitrate d'argent;* c'est celui que MM. Trousseau et Belloc préfèrent, à cause de la rapidité de son action, de son innocuité constante, et, ajoutent-ils, de son efficacité éprouvée dans le traitement de presque toutes les maladies externes. Sans m'arrêter à cette dernière assertion, qui pourra paraître un peu exagérée, et ne considérant que ce qui a eu lieu dans les cas de laryngite chronique simple traités par ce moyen, je dirai qu'en effet le nitrate d'argent a eu un prompt succès dans le plus grand nombre des cas traités par MM. Trousseau et Belloc. Dans leur ouvrage on trouve six exemples de laryngite chronique simple, dans lesquels la cautérisation par le nitrate d'argent a été pratiquée, et cinq fois tous les symptômes se sont rapidement dissipés, tandis qu'un grand nombre de moyens employés auparavant avaient complétement échoué; c'est donc là un moyen qu'il faut mettre bien au-dessus de tous les autres, et auquel il faut se hâter de recourir dès que les précédens deviennent insuffisans.

La solution de nitrate d'argent doit être plus ou moins concentrée, suivant les cas. Ainsi :

℞ Nitrate cristallisé.................. 4 grammes.
Eau distillée....................... 8 à 16 grammes.

Conservez, pour l'usage, dans un flacon bien bouché et tenu à l'abri de la lumière.

Comme on l'a vu plus haut, il est démontré par l'expérience que la grande proportion de nitrate d'argent n'a rien qui doive effrayer.

Si l'on voulait pratiquer une cautérisation plus profonde, on emploierait le *nitrate acide de mercure*, soit pur, soit un peu étendu. Mais je ne saurais conseiller l'emploi de ce moyen, pas plus que de tout autre caustique (le nitrate d'argent excepté), pour deux raisons : la première, c'est qu'ils peuvent causer des accidens, et la seconde, c'est que, bien qu'on s'en soit servi quelquefois, l'expérience ne nous apprend rien de positif en leur faveur. Les praticiens prudens s'en tiendront à la solution de nitrate d'argent, dont l'efficacité et l'innocuité sont prouvées par les faits.

Médicamens topiques sous forme pulvérulente. Pour introduire dans le larynx les médicamens sous cette forme, M. Bretonneau a imaginé un instrument dont voici la description :

DESCRIPTION DE L'INSTRUMENT PROPOSÉ PAR M. BRETONNEAU POUR L'INSUFFLATION DES POUDRES MÉDICAMENTEUSES DANS LE LARYNX.

Cet instrument se compose d'un tambour, ou partie moyenne, du volume d'un œuf de dinde, et que l'on peut fabriquer avec un coco. La cavité de ce tambour, qui doit se séparer à volonté en deux parties égales, est coupée par un

diaphragme épais de plusieurs lignes, et placé en travers, de manière qu'il en résulte une cavité antérieure où se met la poudre à insuffler, et une cavité postérieure dans laquelle l'air est d'abord poussé. Cette cloison est traversée très-obliquement par un tuyau de plume qui fait communiquer les deux cavités, et doit descendre très-près de la paroi inférieure où se trouve l'alun. Ce tambour est percé et présente plusieurs pas de vis à ses deux extrémités, pour recevoir deux tubes, chacun de quatre à cinq pouces de long. L'un, destiné à être porté dans la bouche du malade, se visse dans la cavité antérieure, où il doit faire une saillie de quelques lignes; l'autre, un peu plus gros, sert à souffler, soit avec la bouche, soit, et mieux, avec une bouteille de gomme élastique, un soufflet, etc. Il se visse sur l'autre ouverture du tambour. L'ouverture de ces deux tubes est couverte: celle de la chambre antérieure par un morceau de gaze pour tamiser la poudre; l'autre par un morceau de taffetas qui fait soupape, et empêche que dans un accès de toux le médicament ne soit repoussé dans le tuyau souffleur. M. Guillon a perfectionné cet instrument.

MM. Trousseau et Belloc font remarquer que cet instrument ne remplit pas toujours le but, parce que les malades ne savent pas toujours combiner leurs inspirations avec l'insufflation, et que quelques-uns, les enfans par exemple, effrayés et ne sachant ce qu'on va leur faire, expirent avec force de manière à rejeter la poudre avant qu'elle ait atteint les parties malades. En conséquence, ils préfèrent confier ces insufflations au malade lui-même; ce qu'il est facile de faire au moyen d'un tube de verre ou tout simplement d'un roseau, comme le pratiquait déjà Arétée dans le traitement de l'angine maligne. Voici le procédé :

INSUFFLATION PAR ASPIRATION.

Prenez un tube de 4 millimètres de diamètre et de 22 à 28 centimètres de long. Mettez dans l'une de ses extrémités la poudre médicamenteuse; faites introduire l'autre extrémité dans la bouche, aussi profondément que possible. Le malade doit ensuite fermer la bouche, après avoir fait une expiration complète; puis exécuter une brusque inspiration. La poudre, entraînée par l'air qui traverse le tube, arrive dans le pharynx, où il en reste une partie, tandis que l'autre pénètre dans le larynx. Les secousses de toux qui surviennent alors doivent être, autant que possible, réprimées par le malade, afin que le médicament reste en contact avec la muqueuse laryngienne.

Les poudres portées ainsi dans le larynx sont les suivantes :

POUDRES EMPLOYÉES DANS LES INSUFFLATIONS.

1°. Le sucre.

2°. Le sous-nitrate de bismuth pur ou mêlé avec son poids de sucre en poudre.

3°. Sulfate de zinc....	0,05 grammes.			
Sucre............	1,80 grammes.			

M. exactement.

4°. Le sulfate de cuivre dans les mêmes proportions que le sulfate de zinc.

5°. Alun.............	0,25 centigrammes.			
Sucre............	0,50 centigrammes.			
6°. Acétate de plomb..	0,10 gramme.			
Sucre en poudre...	0,70 grammes.			
	N° 1.	N° 2.	N° 3.	
7°. Nitrate d'argent....	0,05 grammes.	0,05	0,05	
Sucre en poudre...	3,60 grammes.	1,80	1,20[1]	

En augmentant la quantité de sucre, il est facile de

[1] C'est au médecin à juger quelle est celle qui convient de ces trois formules, d'après le degré de cautérisation qu'il veut obtenir.

rendre ces poudres moins actives; ce qui peut être indiqué par une trop grande susceptibilité du sujet, ou par l'action trop énergique du médicament. A moins de circonstances toutes particulières, il n'est pas nécessaire d'augmenter la proportion du médicament lui-même.

Il faut recommander au pharmacien de mêler ces poudres sur un porphyre, pour éviter les inconvéniens qui résulteraient de la présence de grains plus gros que les autres, et conservant des aspérités irritantes.

Tels sont les préceptes que donnent MM. Trousseau et Belloc pour l'emploi des poudres médicamenteuses. Voyons maintenant quels sont les résultats qu'ils en ont obtenus.

Dans un cas qu'on peut regarder comme une laryngite chronique simple, le *sous-nitrate de bismuth* fut employé seul, à la dose de 20 centigrammes, quatre fois par jour, et au bout de quinze jours la guérison fut complète.

Chez un enfant qui présentait des symptômes de laryngite chronique depuis trois semaines, on fit dans le larynx, quatre fois par jour, des insufflations avec une poudre contenant un huitième d'*alun* et sept-huitièmes de sucre candi, et en quelques jours le malade fut guéri.

Voilà les faits un peu détaillés que nous possédons relativement à l'insufflation ou à l'inspiration des poudres médicamenteuses. On voit que la science a grand besoin qu'ils se multiplient; car, bien que l'action du remède ait été très-prompte et que tout semble déposer de son efficacité, il faudrait que les expériences fussent beaucoup plus nombreuses pour qu'on fût sûr de n'être pas abusé par les apparences. Sans doute il est des médecins, et parmi eux il faut

citer en première ligne MM. Trousseau et Belloc, qui ont assez fréquemment employé ces remèdes, et notamment le nitrate d'argent, sous forme pulvérulente et en insufflation; mais ils se sont trop souvent bornés à dire qu'ils avaient à s'en louer, sans entrer dans le détail des faits. C'est donc aux praticiens à en appeler à l'expérience.

On voit que je ne dis rien ici des médicamens sous forme pulvérulente dans la composition desquels il entre une préparation mercurielle quelconque. C'est que la difficulté de reconnaître, dans les exemples que nous pourrions consulter, si la maladie était ou n'était pas syphilitique, nous empêcherait toujours de savoir si le remède a agi ou non comme spécifique, et que nous n'arriverions jamais à une conclusion positive. J'en parlerai à l'occasion de la laryngite syphilitique. Je dois en dire autant de l'*iode*, qui a été vanté par des médecins allemands.

Traitement de la laryngite causée par l'extension d'une inflammation du pharynx. On a vu, à l'article des causes, que, dans certains cas, la laryngite chronique prend sa source dans une irritation ou un état de fluxion habituelle de la membrane muqueuse du pharynx. On peut alors se dispenser, suivant MM. Trousseau et Belloc, d'agir sur le larynx, qui n'est que secondairement affecté, et porter les médicamens sur le voile du palais et les amygdales, où le mal a pris naissance.

Cautérisation du pharynx. Parmi les agens dont on peut faire usage, et qui ne diffèrent pas de ceux que nous avons indiqués pour la cautérisation du larynx, MM. Trousseau et Belloc choisissent encore de préférence le *nitrate d'argent*, et ils recommandent de

toucher *avec le crayon* les amygdales et le voile du palais, deux ou trois fois par semaine. Ils ont cité dans leur ouvrage un cas de laryngite simple, où l'emploi de ce moyen a été suivi d'un prompt succès, quoique l'affection fût grave, qu'elle datât de près d'une année, et qu'on eût employé inutilement plusieurs des remèdes indiqués plus haut.

Au lieu du crayon de nitrate d'argent, on peut, à l'aide d'une *éponge*, porter sur le pharynx une solution concentrée de ce médicament, ou tout simplement y introduire avec le doigt la poudre suivante :

Nitrate d'argent..............	0,4 grammes.
Sucre candi..................	4,0 grammes.

M. et réduisez en poudre fine.

Suivant MM. Trousseau et Belloc, une *solution saturée de sulfate de cuivre et de sulfate de zinc* remplit la même indication; mais, sans nier le fait, je dirai que l'expérience n'a pas encore prononcé; du moins ne possédons-nous pas d'observation qui puisse lever tous les doutes.

Enfin, lorsque les divers remèdes que je viens de passer en revue n'ont pas produit les bons effets qu'on en attendait, on prescrit aux malades les *eaux minérales sulfureuses.* MM. Trousseau et Belloc citent un cas dans lequel la guérison a été attribuée à l'action des *Eaux-Bonnes*, *prises à la dose d'une bouteille par jour.* Ce fait, le seul rapporté avec quelques détails par ces auteurs, serait assez peu concluant par lui-même, puisqu'en même qu'il prenait les Eaux-Bonnes, le malade faisait des frictions avec la *pommade stibiée*, et suivait un régime convenable, après des excès multipliés; mais on en a observé d'autres où

la question se trouve moins compliquée. Ainsi, chez deux avocats qui avaient, depuis plusieurs années, une altération profonde de la voix, M. Louis a vu les Eaux-Bonnes, prises à la source, procurer en très-peu de temps un rétablissement complet. Les deux malades ont pris les eaux pendant deux années de suite; mais la seconde saison était uniquement destinée à consolider la guérison produite par la première. Quand on croit devoir prescrire les eaux, on choisit les Eaux-Bonnes ou celles de Cauterets, de Saint-Sauveur, de Luchon; on doit envoyer, s'il est possible, les malades aux sources elles-mêmes.

Peut-il y avoir des cas dans lesquels on soit forcé de recourir à la *trachéotomie?* Je n'en ai pas trouvé un seul, et l'on n'en sera pas surpris si l'on considère que, dans les cas où la simplicité de l'affection n'a laissé aucun doute, la dyspnée n'était pas considérable.

Maintenant, prenons dans les auteurs qui se sont occupés de la laryngite, quelques nouveaux exemples de traitement propres à servir de guide au praticien.

CINQUIÈME ORDONNANCE.

TRAITEMENT MIS EN USAGE DANS DEUX CAS CITÉS PAR MM. TROUSSEAU ET BELLOC.

Dans les premiers temps de l'affection :

1°. Une ou deux saignées à quelques jours de distance (Dans un cas, recours à une troisième saignée, le sujet étant assis afin de produire la syncope.)

2°. Sangsues au siége.

3°. Large vésicatoire sur la partie antérieure du cou

4°. Fumigations émollientes.

5°. Usage du lait d'ânesse.

6°. Eaux sulfureuses en boisson et en bain.

7°. Régime doux et léger.

Ce traitement, qui a été rarement employé par MM. Trousseau et Belloc eux-mêmes, et que les malades avaient suivi, d'après les conseils d'autres médecins, a procuré quelquefois une amélioration plus ou moins marquée, mais non la guérison complète. Aussi les deux auteurs que je cite avaient-ils presque immédiatement recours à la cautérisation, suivant les procédés décrits plus haut.

DEUXIÈME ORDONNANCE.

TRAITEMENT DE MATTH. BAILLIE.

1°. Extrait de ciguë........................ 0,25 grammes, en pilules, à prendre trois fois par jour.

2°. Application de sangsues répétée à de courts intervalles sur la région antérieure du cou et la partie antérieure du sternum.

3°. Petits vésicatoires multipliés sur les mêmes points.

4°. Un petit séton sur l'un des côtés du cou, très-près du larynx.

Je ne multiplierai pas ces exemples, les détails que j'ai donnés plus haut me paraissant suffisans.

Régime. Pendant tout le temps qu'on emploie le traitement antiphlogistique, il faut prescrire un régime sévère, et même quelquefois la diète. Mais aussitôt que tous les signes d'acuité sont dissipés, il faut accorder des alimens, et seulement en réduire un peu la quantité. Ces alimens doivent être doux et de facile digestion; le poisson, le laitage, les œufs, les légumes frais et quelques viandes grillées, composeront le fond du régime. Quant aux boissons, il faut s'abstenir de liqueurs alcooliques, et s'en tenir à l'eau coupée avec une petite quantité de vin. La température des boissons n'est pas elle-même indifférente; leur passage auprès du larynx et sur l'épiglotte peut, lorsqu'elles sont trop

froides ou trop chaudes, provoquer la toux et déterminer des accidens qu'il faut soigneusement éviter; elles devront être toujours prises à une température très-douce.

Tel est le traitement de la laryngite chronique simple. Les moyens sont nombreux; ils sont choisis pour la plupart dans la classe des médicamens actifs, et s'il ne s'agit que d'avoir une collection de recettes qu'on puisse substituer les unes aux autres, assurément le patricien ne sera pas embarrassé. Mais si, avant d'avoir recours à un moyen thérapeutique, on exige qu'il soit éprouvé par l'expérience, et que les faits sur lesquels on s'est fondé pour le préconiser soient bien observés, rigoureusement analysés et sagement interprétés, il n'en est plus de même; car bien souvent nous avons trouvé des diagnostics incertains et des assertions sans preuves. L'efficacité du nitrate d'argent est seule déduite d'une observation peu multipliée encore, mais exacte, en sorte que c'est là, jusqu'à présent, le remède par excellence de la laryngite chronique simple. Aussi ne puis-je m'empêcher de répéter qu'il faut le moins possible tarder d'avoir recours à lui. Après ce médicament, viennent les autres caustiques et les astringens. Quant aux révulsifs et aux stupéfians, ils ont pour eux l'autorité des auteurs, mais non encore l'autorité suprême des faits.

Traitement prophylactique. L'étude des causes nous ayant appris que les efforts violens et réitérés de la voix, joints à des excès alcooliques ou autres, produisent à peu près exclusivement la laryngite chronique légère, c'est en mettant un terme à ces excès que les sujets préviendront le retour de leur maladie.

Quant à la laryngite chronique intense, les observations nous apprennent que, pour l'éviter, il faut d'abord se préserver du froid. Ainsi le cou doit être enveloppé, *même pendant la nuit;* le corps doit être soigneusement couvert de flanelle; il faut éviter les transitions brusques de température, et plus encore l'exposition prolongée au froid, et surtout au froid humide. L'état du pharynx et du voile du palais sera soigneusement surveillé, afin que si ces parties présentent la moindre trace d'irritation chronique, on puisse porter sur elles les remèdes avant que l'irritation ait gagné le larynx et soit devenue plus difficile à déraciner.

Pour prévenir les récidives, MM. Stokes et Graves conseillent des lotions froides sur le cou, matin et soir. Ce moyen a-t-il jamais eu l'effet que lui attribuent ces auteurs?

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1°. *Lorsqu'il reste des traces d'inflammation aiguë :* Traitement semblable à celui qui est employé dans la laryngite aiguë, un peu moins actif seulement.

2°. *Quand la maladie est complétement passée à l'état chronique :* Révulsifs, narcotiques, vapeurs sèches (*voy.* p. 259), caustiques portés dans le larynx, astringens, eaux minérales.

ARTICLE III.

LARYNGITE STRIDULEUSE (*pseudo-croup*).

Ce n'est que depuis un petit nombre d'années qu'on distingue cette variété de laryngite, de l'inflammation simple ou pseudo-membraneuse du la-

rynx. On trouve, il est vrai, dans les anciens auteurs, des considérations sur une espèce d'*angine* qu'ils nomment *convulsive* ou *spasmodique;* mais une simple lecture de leurs articles suffit pour convaincre qu'ils veulent parler de tout autre chose que de la maladie connue aujourd'hui sous le nom de *laryngite striduleuse.* Si, par exemple, nous consultons les Aphorismes de Boerhaave, dont l'autorité était si grande chez nos devanciers, et qu'on a tant cité toutes les fois qu'il s'est agi des diverses angines, nous y trouvons une description rapide d'un état pathologique auquel cet auteur donne le nom d'*angina convulsiva.* On pourrait croire, au premier abord, que cette description se rapporte en réalité à la laryngite striduleuse, mais on voit bientôt que cette prétendue affection particulière n'est qu'un symptôme plus ou moins violent de diverses névroses, telles que l'hystérie, l'épilepsie, etc. C'est par un rapprochement forcé que Boerhaave a placé ce phénomène dans la catégorie des angines.

Lorsque la laryngite pseudo-membraneuse a été mieux distinguée, lorsqu'on l'a séparée comme il convient des autres espèces d'angine, on a généralement fait entrer dans sa description celle de la laryngite striduleuse, qui a avec elle d'assez nombreux points de ressemblance pour expliquer cette confusion. Aussi, dans les descriptions de croup dont la date est antérieure à ces vingt dernières années, trouve-t-on presque toujours un certain nombre de cas de laryngite striduleuse mêlés à ceux de laryngite pseudo-membraneuse.

C'est aux travaux de MM. Bretonneau et Guersant

que nous devons principalement la distinction admise aujourd'hui entre ces deux espèces de laryngites, si différentes par leurs lésions et par leur gravité. Cependant il résulte des recherches de MM. Rilliet et Barthez, que Wichmann, et après lui Fleish, Henke, Wendt, avaient déjà des notions assez précises sur le diagnostic de ces deux affections[1].

On trouve dans les recueils anglais un grand nombre de Mémoires où il est traité du *croup spasmodique*, de l'*inspiration avec cri du coq*, de la *toux spasmodique*, affections qu'on a regardées comme des laryngites striduleuses. J'examinerai, à l'article *Diagnostic*, les observations fournies par les divers auteurs qui ont traité cet intéressant sujet; je me bornerai à dire ici que parmi les faits cités, il en est qui appartiennent à de tout autres maladies qu'à une simple laryngite striduleuse, et notamment à l'éclampsie et à l'hystérie, ce qui nous explique les jugemens si divers sur la gravité de l'affection qui nous occupe. Ainsi, tandis qu'autrefois on ne faisait pas même une maladie particulière de la laryngite striduleuse, on ne l'a pas eu plus tôt distinguée, que dans sa description on a fait entrer les symptômes de plusieurs maladies étrangères.

Je ne parlerai point ici de l'*asthme aigu* de Mil-

[1] MM. Rilliet et Barthez, déjà connus par leurs publications sur les *maladies des enfans*, ayant bien voulu me confier le manuscrit d'un *Traité clinique* qu'ils vont publier, et qui nous promet de nouvelles lumières sur les affections du jeune âge, j'ai pu en extraire le diagnostic de Wichmann, que je donnerai plus loin, et qui prouve que sous le nom d'*asthme spasmodique* cet auteur distinguait très-bien la *laryngite striduleuse* du vrai croup.

lar, ni de l'*asthme thymique* des Allemands, maladies dans lesquelles on a pu voir parfois une laryngite striduleuse : il en sera longuement question plus tard. Mais je ne terminerai pas ces considérations préliminaires sans avoir prévenu une objection qui pourrait m'être faite. On verra dans la description suivante, fondée sur les observations les plus authentiques, que la laryngite striduleuse ne diffère de la laryngite simple que par sa forme et la violence de la suffocation. Ces différences suffisent-elles pour en faire une maladie distincte? N'est-ce pas toujours une laryngite simple, dont les symptômes, ordinairement légers, deviennent par moment formidables? Je réponds qu'aux yeux du praticien, ces exacerbations effrayantes, prêtant à la maladie une physionomie toute particulière, et modifiant sensiblement les symptômes eux-mêmes, donnent à la laryngite striduleuse une importance toute spéciale ; qu'il est absolument nécessaire que les cas de ce genre soient parfaitement distingués de tous les autres, parce que les secours qu'on doit apporter aux malades diffèrent notablement de ceux qu'on administrerait dans une laryngite non striduleuse; en un mot, que si le pathologiste ne doit voir dans la laryngite striduleuse qu'une modification de la laryngite simple, le praticien trouve dans cette modification des indications suffisantes pour élever l'affection qui les présente au rang d'une espèce particulière. C'est ce qui m'a déterminé à consacrer un article à la laryngite striduleuse.

§ Ier. — Définition ; synonymie ; fréquence.

La laryngite striduleuse est une inflammation superficielle de la muqueuse laryngienne, qui donne lieu à des accès de suffocation plus ou moins effrayans. Cette définition, qui est celle de MM. Guersant et Bretonneau, et qui résulte de l'examen d'un très-grand nombre d'observations, n'est pas adoptée par tous les auteurs. Ce n'est pas ici le lieu de la motiver; on verra aux articles *Terminaison de la maladie* et *Diagnostic*, comment on peut expliquer les dissidences sur ce point.

Cette maladie a reçu des noms très-variés; M. Guersant lui avait d'abord imposé celui de *faux croup* ou *pseudo-croup*, qu'il a ensuite abandonné pour celui de *laryngite striduleuse;* elle est décrite sous la dénomination d'*angine striduleuse* par M. Bretonneau. On peut rapporter à cette affection quelques cas publiés sous les noms d'*asthme aigu*, d'*asthme spasmodique*, d'*asthme aigu de Millar*, de *catarrhe suffocant*. Les auteurs anglais ont employé les expressions suivantes : *spurious croup; laryngismus stridulus; crowing inspiration ; dyspnœa spasmodica ; convulsive disease ; spasm of the glottis*, etc. Quelques-uns même l'ont décrite sous le nom vague de *convulsions particulières chez les enfans*. Les anciens ne distinguant pas suffisamment entre elles les diverses espèces d'angine, et les confondant même quelquefois avec d'autres maladies, il est inutile d'indiquer leur *synonymie*, qui serait nécessairement trompeuse.

Nous n'avons rien de positif sur la *fréquence* absolue de la laryngite striduleuse; cependant, si l'on

a égard à la masse considérable d'observations qu'on en a publiées dans ces dernières années, tant en France qu'en Allemagne et en Angleterre, on doit admettre que cette affection n'est point rare.

§ II. — Causes.

1°. *Causes prédisposantes.*

L'*âge* a évidemment une grande influence sur le développement de la laryngite striduleuse. Si, en effet, on parcourt les observations éparses dans les recueils, on voit que l'immense majorité des malades étaient de jeunes enfans. M. Guersant (*Dict. de Méd.*, tom. IX, art. *Croup*) nous dit qu'il n'a observé cette affection que deux fois passé l'âge de sept ans. Les observations que j'ai rassemblées, et dont les symptômes étaient bien évidemment ceux de la laryngite striduleuse, confirment cette assertion. Ainsi, chez vingt-six sujets pris au hasard dans les écrits de Vieusseux, Lobstein, Marsh, Couch, etc., l'âge n'a jamais dépassé huit ans; dans un cas, l'enfant n'avait que trois jours, mais c'est un cas exceptionnel. Dans les observations de Jurine (d'après son manuscrit que MM. Rilliet et Barthez ont eu à leur disposition), l'âge des malades a varié entre dix-huit mois et dix ans. J'ai trouvé dans les auteurs quelques cas présentés comme appartenant à la maladie qui nous occupe, et qui auraient eu lieu chez des sujets plus âgés. Le docteur Jonathan Couch (*Observ. on Croup*, *in the Annals of Med. and Surgery*, vol. I, p. 271, 1837) rapporte, entre autres, l'observation d'une femme de cinquante-cinq ans, chez laquelle les symptômes de la laryngite striduleuse se manifestèrent en même temps que

chez une fille de huit ans qui habitait la même maison. Malheureusement cette observation manque de détails, ce qui est d'autant plus regrettable, qu'un simple accès de suffocation sans catarrhe préexistant ni concomittant aura pu en imposer à l'auteur. J'ai vu plusieurs cas où l'on pouvait aisément commettre cette erreur.

Il résulte des faits précédens, que la laryngite striduleuse est une maladie propre à la première enfance, et qui n'a lieu, plus tard, que dans des cas exceptionnels.

Le *sexe* paraît avoir une certaine influence sur la production de la maladie. M. Guersant, en réunissant les cas de croup ou de faux croup recueillis par plusieurs auteurs, a trouvé, sur 511 cas, 293 sujets du sexe masculin et 218 du sexe féminin; et comme déjà la laryngite pseudo-membraneuse seule lui avait fourni de semblables résultats, il est porté à penser qu'on peut admettre à peu près la même proportion dans les cas de laryngite striduleuse. Vingt faits, parmi ceux que j'ai rassemblés, mentionnent le sexe, et j'y trouve 12 garçons et 8 filles, proportion qui diffère peu de la précédente. Enfin, sur 60 cas observés par Jurine et Jancecowich, et cités par MM. Rilliet et Barthez, 43 s'étaient montrés chez des garçons, et 17 seulement chez des filles.

Si, toutefois, nous nous rappelons que le nombre des garçons est en général plus considérable que celui des filles, nous en conclurons que cette statistique, d'ailleurs incomplète, est loin de démontrer rigoureusement l'influence du sexe masculin.

Nous n'avons également rien à dire de bien positif sur l'*hérédité* de la maladie, quoique M. Kerr l'admette

sans hésiter, pas plus que sur la *constitution* des sujets ; les renseignemens sont insuffisans.

Il n'en est pas de même de l'*état de santé* des enfans au moment de l'invasion de la maladie. Quelques observateurs anglais ont dit d'une manière générale qu'un état valétudinaire prédisposait à la laryngite striduleuse ; d'autres, au contraire, et en particulier le docteur Kerr (*on Laryngismus stridulus*, etc. ; *the Edinb. Med. and Surg. Journal*, vol. XLIX, p. 344, 1838) disent positivement que la maladie a lieu principalement chez des sujets bien portans et de bonne constitution. Mais ces auteurs ne font-ils pas entrer dans leurs observations de *spasme de la glotte* de véritables *éclampsies* avec suffocation ? C'est ce que j'examinerai plus loin. Dans seize cas que j'ai sous les yeux, la laryngite striduleuse a sévi indifféremment sur des sujets forts ou faibles, au milieu de la plus parfaite santé et dans le cours d'une autre maladie des voies aériennes ; c'est là un point important qu'il n'est pas permis de juger définitivement.

Suivant M. Guersant, la laryngite striduleuse attaquerait principalement les enfans de la classe aisée ou riche, et la laryngite pseudo-membraneuse ceux de la classe pauvre. M. Blache (*du Croup et du Pseudo-Croup ; Arch. gén. de Méd.*, 1re série, tom. XVII, pag. 512) a noté, en effet, que dans l'espace de trois ans, on n'a vu à l'hôpital des Enfans qu'un seul cas de faux croup, tandis que les cas de vrai croup y ont été chaque année assez multipliées. Ces données ont leur valeur, sans doute, mais il serait à désirer que des recherches exactes vinssent complétement résoudre la question.

Les auteurs s'accordent à dire que c'est pendant l'*hiver* qu'on observe le plus grand nombre de laryngites striduleuses; M. Kerr, entre autres, affirme n'avoir vu cette maladie que dans cette saison. Les faits que j'ai sous les yeux nous apprennent à ce sujet ce qui suit : Sur dix-sept cas, neuf se sont manifestés en hiver, trois au printemps, trois en été et deux en automne. Ce n'est là qu'un commencement de statistique dont on ne peut tirer aucune conclusion positive, mais qui vient à l'appui de l'opinion générale.

2°. *Causes occasionnelles.*

Une seule cause occasionnelle a été jusqu'à présent signalée : c'est l'*influence du froid*. Les observations ne sont pas, il est vrai, assez explicites sur ce point; mais si l'on considère que la maladie apparaît surtout en hiver, qu'elle est constituée par une inflammation légère, ou, pour me servir d'une expression depuis longtemps employée, d'une inflammation catarrhale de la muqueuse du larynx, on admettra sans peine l'existence de cette cause. C'est au reste, comme on voit, un point d'étiologie bien peu étudié.

§ III. — Symptômes.

Le *début* de cette affection mérite d'être distingué avec le plus grand soin; car il constitue un des meilleurs moyens de distinguer la laryngite striduleuse de la laryngite pseudo-membraneuse, dont la gravité est si différente. Pour cette raison, je crois devoir exposer à part les symptômes du début.

Symptômes du début. Suivant MM. Bretonneau (*des Infl. spéciales du tissu muq.*, etc., p. 265;

Paris, 1826), Guersant, et avant eux Wichmann, la laryngite striduleuse est remarquable par son début brusque et violent, et ces deux derniers auteurs l'ont vue apparaître ordinairement au milieu du sommeil. Les auteurs anglais ont moins insisté sur cette particularité du début; mais cela tient sans doute à ce que, pour la plupart, ils n'ont pas été aussi sévères sur le diagnostic que les médecins français. Nous verrons en effet, plus tard, qu'ils ont admis plusieurs affections chroniques avec suffocation, parmi les cas de laryngite striduleuse.

Si maintenant je cherche à élucider, à l'aide des faits, un point aussi important, j'éprouve un embarras assez grand, parce que, malgré tout l'intérêt de la question, les observateurs ont négligé généralement de rechercher avec soin le début. Cependant, en examinant attentivement les faits, on parvient à un résultat qui, sans être opposé à la proposition de M. Guersant, doit la modifier un peu. Dans quelques observations plus complètes que les autres, et notamment dans un cas cité par M. Bretonneau (*loc. cit.*, p. 273), on voit que le premier accès de suffocation a été précédé pendant quelques heures d'un enrouement léger sans fièvre, auquel les parens ne faisaient aucune attention. Dans les observations recueillies par Jurine et analysées par MM. Rilliet et Barthez, il y a eu du larmoiement, du coryza, de l'accablement, et même un peu de fièvre. D'un autre côté, les cas de laryngite striduleuse survenus à la fin d'une affection qui avait intéressé plus ou moins le larynx, ne sont pas rares, en sorte qu'on est porté à croire que la laryngite striduleuse débute par une légère inflammation de la muqueuse, dont les symp-

tômes peuvent passer d'abord inaperçus. Au reste, M. Guersant lui-même paraît de cet avis lorsqu'il considère la maladie comme une simple laryngite superficielle qui prend une forme particulière.

Symptômes des accès. Quoi qu'il en soit, il est certain que, soit pendant le sommeil, soit plus rarement pendant la veille, on voit survenir rapidement une telle aggravation des sympômes existans, et des symptômes nouveaux si effrayans, qu'on peut croire à un début subit. L'enfant est réveillé en sursaut, ou bien s'arrête tout à coup dans ses jeux; la *toux* se déclare forte, sonore, rauque, donnant lieu parfois à un cri particulier que quelques auteurs ont comparé aux aboiemens d'un jeune chien, et qui se fait entendre dans les efforts convulsifs d'expiration. Cette toux revient par quintes plus ou moins prolongées et très-fatigantes.

En même temps la *respiration* est rapide, entrecoupée, haletante, et il se produit pendant l'inspiration un bruit aigu, plus strident, plus déchiré que celui de la coqueluche, et qu'on a désigné par les noms de *respiration striduleuse*, *sibilante*, *rauque*, *sonore*, et de *cri de coq*. Ce sont surtout les médecins anglais qui ont employé cette dernière expression. Ces phénomènes méritent toute notre attention, parce que longtemps ils ont servi à caractériser le croup; tandis qu'il résulte des observations récentes, qu'ils appartiennent plus particulièrement à la laryngite striduleuse qu'au croup proprement dit. Ce sont ces cris particuliers qui ont valu à la maladie les noms de *crowing inspiration*, *laryngite striduleuse*, etc.

Lorsque l'enfant éprouve un peu de calme, il se

plaint ou il crie, et alors on peut observer les altérations de la *voix*. Elle est enrouée, déchirée, mais conserve presque toujours un certain degré de force. Je trouve dans les écrits des auteurs anglais quelques observations où il est fait mention de l'*aphonie;* mais les sujets chez lesquels on a observé ce symptôme n'étaient pas atteints d'une simple laryngite striduleuse; ils éprouvaient des accidens nerveux dont la suffocation et l'aphonie n'étaient qu'une complication. Parfois, néanmoins, la voix peut être éteinte dans les accès. Jurine et M. Bretonneau en ont cité des exemples, mais ces cas sont rares.

La *douleur* que peut éprouver le malade à la région laryngée n'a pas suffisamment attiré l'attention des observateurs, absorbée sans doute par les signes de suffocation et d'asphyxie. La douleur causée par la pression sur le larynx n'a été recherchée que dans un des cas rassemblés par moi; elle existait à un faible degré.

Il en est de même de l'*expectoration* muqueuse; les auteurs en parlent peu; quelques-uns signalent seulement une expectoration de mucus sans trace de fausses membranes, ni de sang, ni d'aucun autre produit morbide.

L'*inspection* du pharynx, qu'il est si important de faire dans des cas semblables, ne fait reconnaître la présence d'aucune fausse membrane; à peine y a-t-il un peu de rougeur de la muqueuse.

Pendant que l'enfant éprouve ces symptômes si pénibles, il est en proie à une grande anxiété. Sa *face* se congestionne; les lèvres, en particulier, deviennent violettes; un peu plus tard, on observe une pâleur effrayante; les yeux expriment la ter-

reur. Le docteur John Henderson (*Observ. on the Diseases prevalent among the natives of Hindostan*) a noté les yeux hagards. Le malade penche la tête en arrière pour respirer; il porte la main à son cou; il y a quelquefois une certaine distorsion des membres, ou de faibles convulsions dans les efforts d'inspiration; on constate, en un mot, tous les signes de l'asphyxie. Tel est l'*accès* de la laryngite striduleuse dans son plus haut degré d'intensité.

Au bout d'un temps variable qui n'a pas été précisé, mais qui dépasse rarement une heure, et que Jurine a vu durer six heures avec quelques rémissions seulement, les quintes de toux commencent à diminuer d'intensité, la respiration est moins bruyante, moins précipitée, moins entrecoupée. La toux n'est plus aussi sèche; on entend quelques mucosités se détacher. Peu à peu les symptômes d'anxiété et les signes d'asphyxie se dissipent, et il ne reste plus d'un état aussi alarmant, qu'une fatigue en rapport avec la violence de l'accès.

Je n'ai point encore parlé du *mouvement fébrile*, parce qu'il m'a paru mériter d'être considéré en particulier. Les auteurs s'accordent à dire que dans l'affection qui nous occupe, il y a peu ou point de fièvre. Il est certain que dans les cas évidens dont j'ai parcouru l'histoire, la fièvre était peu considérable; cependant, lorsque la maladie a un peu d'intensité, le mouvement fébrile est assez prononcé, comme on peut le voir dans l'observation rapportée par M. Bretonneau, une des meilleures que nous possédions. Mais ce mouvement fébrile, quand il a lieu, ne devient un peu fort qu'après une certaine durée de la maladie, et au moins après le premier

accès; en sorte que c'est, non pas l'absence de la fièvre au début qu'il faut signaler, mais son peu de rapport avec les symptômes effrayans de ce premier accès. L'accélération du pouls et l'augmentation de la chaleur ne sont jamais portées à un degré extrême.

Je n'ai fait qu'indiquer de légers mouvemens convulsifs au plus fort de l'accès, et au moment où la suffocation est le plus alarmante. Cependant plusieurs médecins anglais, parmi lesquels je citerai principalement Henry Rees (*on the species of Convulsions in infans*, etc.; *the Lancet*, vol. I, p. 679, 1831), J. Cheyne (*the Cyclop. of Pract. Med.*, art. *Croup*), Clarke (*A peculiar species of Convulsions in infant children*), ont longuement décrit des convulsions qui ont lieu chez quelques enfans, et ont beaucoup insisté sur leur importance. La lecture de leurs observations et de leurs descriptions générales m'ont convaincu qu'ils ont regardé comme appartenant à la laryngite striduleuse, de véritables convulsions d'éclampsie, soit qu'une laryngite striduleuse vînt compliquer cette dernière maladie, soit que le spasme de la glotte ne fût, dans ces cas, qu'un simple symptôme. Mais c'est une question qui reviendra à l'article *Diagnostic*.

Je ne dis rien de l'irritation intestinale que M. Clarke (*loc. cit.*) a trouvée dans la plupart des cas; elle n'était pas due à la laryngite striduleuse, mais bien à la difficulté de la dentition, qui existait presque toujours, et qui donnait lieu, non à une inflammation suffocante du larynx, mais à une ou plusieurs attaques d'éclampsie avec suffocation.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

La laryngite striduleuse a une *marche* aiguë. En peu d'heures, ordinairement, le premier accès paraît et la maladie est à son plus haut degré d'intensité. La forme d'accès appartient essentiellement à cette maladie, et lui donne une physionomie particulière. Néanmoins je remarque dans les observations qui ont été prises avec le plus de soin, qu'il reste quelques symptômes entre les accès. Ces symptômes sont, assez souvent, très-faibles; ainsi on n'observe qu'un peu d'enrouement, une certaine gêne dans le larynx, accidens qu'on serait tenté de regarder comme une suite des grands efforts de toux et d'inspirations, mais qui annoncent un peu d'inflammation de la muqueuse laryngienne, puisque ce sont les mêmes qui existaient avant l'accès. Ces symptômes étant ceux de la laryngite simple légère décrite plus haut, et qu'on doit regarder comme une simple indisposition plutôt que comme une maladie réelle, il n'est pas surprenant qu'on ait vu des enfans se livrer à leurs jeux presque immédiatement après l'accès, et ces cas ont pu faire croire à une intermittence complète.

Il peut arriver que la maladie, soit qu'on lui oppose des remèdes puissans, soit qu'on la livre pour ainsi dire à elle-même, ne présente qu'un seul accès ; on en voit un exemple dans une observation publiée par le docteur Jonathan Couch (*Observations on Croup; the Annals of Med. and surg.*, t. I, p. 274, 1817); mais le plus souvent de nouveaux accès ont lieu à des intervalles variables, une ou plusieurs fois dans les vingt-quatre heures. Wich-

mann et M. Guersant ont remarqué que le retour des accès avait lieu principalement pendant la nuit. Ce dernier auteur a également noté que la violence des accès allait toujours en décroissant depuis le premier. L'observation de M. Bretonneau nous fournit un exemple à l'appui de cette assertion.

Ici se présente naturellement une question intéressante : *Quelle est la cause de cette intermittence, de ces accès séparés par des intervalles de calme si remarquables, dans une affection où nous admettons une inflammation qui persiste dans tout le cours de la maladie?* Bien des médecins élèvent des doutes sur la nature inflammatoire de la laryngite striduleuse, à cause de cette forme intermittente. Il leur faut, pour expliquer les accès, un spasme, une convulsion de la glotte : symptômes purement nerveux. Les faits ne me permettent pas de partager cette manière de voir. Les premiers symptômes décrits plus haut sont ceux d'une laryngite légère; dans la laryngite simple elle-même, il existe des exacerbations qui, sans être aussi remarquables que dans la laryngite striduleuse, n'en donnent pas moins à la maladie un caractère marqué d'intermittence, ou, si l'on veut, de rémittence; et ce qu'il est vrai de dire de l'inflammation du larynx, ne l'est pas moins de toutes les autres affections de cet organe qui déterminent la suffocation. Sans doute, dans la laryngite striduleuse, cette forme de la maladie est plus frappante; mais cela ne tient-il pas à l'étroitesse de la glotte et à la plus grande facilité avec laquelle se gonflent ses tissus chez les jeunes enfans, qui sont presque exclusivement affectés de cette maladie?

Voici, du reste, comment M. Bretonneau, qui

s'est occupé avec tant de succès des maladies ayant quelques rapports avec le croup, explique ces violens accès, qu'il considère comme produits par une sorte d'*enchifrènement de la glotte :* « Aucune constriction ne peut, dit-il, resserrer ni diminuer le calibre des narines, et cependant l'enchifrènement cesse et augmente plusieurs fois dans la même heure; il suffit d'un léger changement de température pour opérer ces vicissitudes.... On voit donc que l'air, sans que le spasme y ait aucune part, peut avoir alternativement un accès plus ou moins facile dans les canaux aérifères. » Peut-être tous les auteurs se seraient-ils rendus à cette manière de voir de MM. Bretonneau et Guersant, s'ils avaient été plus sévères dans leurs observations, et s'ils n'avaient pas donné le nom de *laryngite striduleuse* à des affections étrangères.

Suivant M. Guersant, la *durée* de la maladie varie de trois à quinze jours; cependant je trouve quelques cas dans lesquels la durée a été d'un mois. M. Guersant pense que, lorsqu'il en est ainsi, « le plus souvent la fièvre et la durée de la maladie sont le résultat de toutes les médications plus ou moins actives qu'on ne manque jamais de mettre en usage pour la combattre, parce qu'on la confond généralement avec le croup (*loc. cit.* p. 357). » Il est fâcheux qu'une analyse exacte des faits ne mette pas hors de doute ce point important. On a cité des cas de spasme de la glotte qui duraient plusieurs mois et même plus d'un an. Mais, dans ces cas, ou bien il y avait eu plusieurs attaques de laryngite striduleuse à de grandes distances, ou bien le spasme de la glotte n'était qu'un symptôme d'une affection convulsive générale.

De nouvelles difficultés s'élèvent lorsqu'il s'agit de rechercher quelle est la *terminaison* de cette maladie. Les deux observateurs les plus exacts, MM. Bretonneau et Guersant, n'ont jamais vu la laryngite striduleuse causer la mort. Dans les observations recueillies par les médecins anglais, au contraire, on voit un certain nombre d'exemples de terminaison fatale. A quoi tient cette différence? toujours à la même cause. Plusieurs de ces derniers auteurs n'ont point été assez sévères dans le diagnostic; toutes les fois qu'ils ont vu survenir rapidement, dans le cours d'une bonne santé apparente, un accès de suffocation, ils ont admis l'existence de la maladie; et c'est cette confusion de plusieurs affections de gravité fort différente qui a introduit l'erreur dans les résultats qu'ils ont obtenus[1]. Toutefois on ne doit pas conclure d'une manière absolue, des observations de MM. Guersant et Bretonneau, que la maladie n'est jamais mortelle; on trouve dans les écrits de Home, de Millar, de Wichmann, de Vieusseux, de Lobstein, des cas mortels qu'on ne peut rapporter qu'à la laryngite striduleuse, et que M. Guersant regarde lui-même comme appartenant à cette affection. Quelle influence le traitement a-t-il pu avoir sur cette terminaison fatale? c'est ce que j'examinerai plus tard. En attendant, il nous est permis de dire avec certitude que la laryngite striduleuse peut, quoique très-rarement, se terminer par la mort.

[1] Le docteur Kellie, cité par J. Cheyne, va jusqu'à prétendre qu'il n'y a entre le vrai croup et le croup spasmodique ou laryngite striduleuse d'autres différences que le degré de violence et l'intermittence ou la continuité des symptômes. C'est là une manière de voir entièrement contraire aux faits.

En *résumé*, la laryngite striduleuse est une inflammation peu profonde du larynx, qui donne lieu à des accès violens, qui n'a ordinairement pas une durée plus longue qu'une laryngite simple légère, et qu'on n'a guère vue se terminer par la mort, depuis qu'on a cessé de la confondre avec le croup et qu'on lui oppose un traitement simple.

§ V. — Lésions anatomiques.

« Comme je n'ai jamais vu, dit M. Guersant, succomber un seul individu à cette maladie, à moins qu'elle ne fût compliquée, je ne puis donner les caractères anatomiques du pseudo-croup simple, qui me sont inconnus. » M. Bretonneau (*loc. cit.*, p. 264) s'exprime à peu près de la même manière, et il ajoute : « Sans doute les lésions de la glotte ou du larynx, qui produisent la toux et modifient le timbre de la voix, sont bien légères, puisque les symptômes généraux dont elles s'accompagnent sont si peu graves et si fugaces. » Les renseignemens que nous fournissent sur ce point les observations sont des plus vagues ; tout ce qu'il en résulte, c'est que, comme l'avait prévu M. Bretonneau, les lésions trouvées après la mort sont très-légères. Un peu de mucus, une faible rougeur ont été notés dans quelques cas, et, le plus souvent, les auteurs se contentent de dire que le larynx était exempt d'altérations.

Je ne parle point des lésions que quelques auteurs anglais ont trouvées dans les membranes du cerveau, car alors la maladie principale était une arachnitis, et la suffocation n'était qu'un symptôme. Le docteur Clarke attribue la maladie à une irrita-

tion cérébrale; mais c'est encore une maladie étrangère, l'éclampsie, qui l'a induit en erreur.

M. Hugh Ley (*Observ. on the crowing inspir. of children*, etc. *London*, *med. Gaz.*, février 1834, p. 702) a cru trouver la cause de cette maladie dans la tuméfaction des glandes bronchiques qui, comprimant le nerf vague, déterminent un spasme mortel de la glotte. Cette opinion singulière a été réfutée par M. Robertson (*Lond. med. Gaz.*, 29 march 1834, p. 968), qui, dans des cas semblables à ceux que M. Ley a rapportés, n'a point trouvé la lésion dont il s'agit.

J'ai présenté ces considérations, parce qu'il n'est pas indifférent, pour le traitement de la laryngite striduleuse, de savoir si l'on n'a affaire qu'à un catarrhe léger du larynx, ou s'il existe une lésion plus profonde et bien plus difficile à faire disparaître.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Parmi les maladies que l'on a quelquefois confondues avec la laryngite striduleuse, il en est qui ont leur siége dans le larynx, et d'autres qui occupent des parties plus ou moins éloignées. Commençons par celles qui siégent dans le larynx.

La *laryngite simple aiguë*, lorsqu'elle est *légère*, présente les premiers symptômes de la laryngite striduleuse; mais comme les accès ne surviennent pas dans la première de ces deux affections, il n'y a pas lieu d'établir un diagnostic entre elles.

Il n'en est pas de même de la *laryngite simple aiguë intense*. On a vu, dans la description de cette maladie, qu'il y avait des momens d'exacerbation où la gêne de la respiration pouvait être portée à

un degré beaucoup plus élevé. Mais ces exacerbations ne contrastent pas avec le peu de gravité des symptômes antécédens, au point de paraître des accès subits; tandis que, d'un autre côté, la douleur, la gêne dans le larynx, la toux, l'altération de la voix, sont beaucoup plus prononcées, et le mouvement fébrile surtout beaucoup plus considérable. En un mot, d'une part accès violens, et hors des accès symptômes presque nuls; d'autre part, simples exacerbations, et entre elles symptômes toujours assez graves : voilà ce qui rend ces deux affections très-différentes l'une de l'autre.

C'est principalement de la *laryngite pseudo-membraneuse* (*croup*) qu'il importe de distinguer la maladie qui nous occupe. Dans l'une, en effet, le pronostic est très-grave et le traitement doit être très-énergique, tandis que dans l'autre, malgré la violence des symptômes, on doit s'attendre à une heureuse issue, et des moyens fort simples ont parfaitement réussi. On distingue la laryngite striduleuse du croup, 1° par les symptômes du début, qui sont beaucoup plus graves dans cette dernière maladie. La gêne de la respiration, la douleur du larynx, sont plus intenses, les symptômes généraux plus inquiétans. Les accès de suffocation, au contraire, et surtout le premier, sont moins violens, ou tranchent moins, s'il est permis de s'exprimer ainsi, sur les symptômes continus. 2° Dans les intervalles des accès, les symptômes de la laryngite pseudo-membraneuse restent toujours plus ou moins inquiétans. 3° Dans la laryngite striduleuse, la voix est simplement enrouée; dans la laryngite pseudo-membraneuse, elle est fortement altérée d'abord, puis éteinte. 4° Les enfans af-

fectés du croup présentent souvent un engorgement des ganglions lymphatiques du cou qui n'existe pas dans la laryngite striduleuse. 5° Dans la laryngite pseudo-membraneuse, il y a fréquemment rejet, par l'expuition, d'un ou de plusieurs lambeaux de fausses membranes croupales; rien de semblable dans la laryngite striduleuse. 6° Enfin, en examinant le pharynx, ce qu'il ne faut jamais négliger, on trouve fréquemment dans le croup, sur les amygdales, la fausse membrane diphthéritique qui n'existe jamais dans la laryngite striduleuse. Telles sont les bases sur lesquelles le praticien devra asseoir ce diagnostic si important[1].

[1] On peut rapprocher de ce diagnostic celui que MM. Rilliet et Barthez ont emprunté à Wichmann, et qui prouve que cet auteur avait observé attentivement les faits. Le voici :

DIAGNOSTIC DE WICHMANN.

ASTHME SPASMODIQUE.	ANGINE PSEUDO-MEMBRANEUSE.
1°. Il naît subitement, et la première attaque se manifeste ordinairement la nuit.	1°. Elle naît lentement, se développe peu à peu. Le premier accès paraît ordinairement le jour.
2°. Il est toujours sporadique	2°. Elle règne d'ordinaire épidémiquement.
3°. La toux, quand elle existe, est sèche; sans aucune expectoration.	3°. Des couches de matière puriforme et des concrétions cylindriques sont expulsées par la toux et par le vomissement.
4°. La douleur manque; elle est remplacée par une constriction de toute la poitrine.	4°. La douleur existe dans le conduit aérien, et l'on perçoit par le toucher une légère tuméfaction au niveau de l'endroit douloureux. Cette tuméfaction n'est pas sensible à la vue.
5°. La voix est rauque et creuse.	5°. La voix a un timbre sifflant très-spécial.
6°. La fièvre n'existe pas.	6°. La fièvre existe.
7°. Les accidens alternent avec des intermittences, pendant lesquelles les enfans paraissent en bonne santé.	7°. Les accidens continuent sans interruption; il n'y a pas d'intermittences bien évidentes.
8°. La maladie est de nature convulsive, et réclame un traitement antispasmodique.	8°. La maladie est de nature inflammatoire, et réclame un traitement antiphlogistique.

On a pensé que l'*œdème de la glotte* et la *coqueluche* pourraient être confondus, dans certains cas, avec la laryngite striduleuse. Lorsque je ferai l'histoire de ces affections, je dirai un mot de ce point de diagnostic, qui n'offre réellement pas de difficultés sérieuses.

J'ai dit que les médecins anglais ont cité comme des pseudo-croups un certain nombre de cas de suffocation avec *convulsions générales*. Ces auteurs regardant la suffocation comme la maladie principale, sans doute parce que ses symptômes sont les plus effrayans, et que la mort peut survenir dans un accès, n'ont pas élevé le moindre doute sur la nature de la maladie. Je ne pense pas néanmoins que leur opinion doive être admise, et pour qu'on puisse en juger, je vais en peu de mots exposer les symptômes attribués par eux à la maladie. Je prends la description de M. William Kerr, comme la plus claire et la plus complète : « On peut, dit cet auteur (*on Laryngismus stridulus or Spasm of the glottis; the Edinb. med. and surg. Journ.*, vol. XLIX, p. 344; 1838), être appelé en hâte pour des convulsions, accident qui accompagne fréquemment le *laryngismus stridulus*..... *Avec le temps*, la maladie attire l'attention; car, durant son cours, des symptômes nouveaux se joignent aux symptômes très-simples de l'affection de la glotte. Les pouces sont tournés vers la paume des mains; celles-ci sont fermées, et quand on a employé la force pour les ouvrir, elles se referment promptement; les pieds sont tournés en bas et en dedans; le dos des pieds et des mains est gonflé. Après l'accès, les pouces sont quelquefois si raides, que l'enfant ne peut pas tenir les objets;

il y a une paralysie temporaire des mains..... A une époque un peu plus avancée, l'enfant a même de la peine à se tenir debout. Les petits sujets ont plus de difficulté que les autres à parler. » Quant au nombre des attaques et à la durée de la maladie, M. Kerr dit que « parfois il y a de vingt à trente accès en quelques jours, et que parfois aussi on n'en compte pas un seul *pendant plusieurs semaines.* »

En voilà assez, je pense, pour montrer quelle différence immense il y a entre cette affection et celle que j'ai décrite dans cet article. D'une part : maladie aiguë, de courte durée, n'offrant pour ainsi dire que des symptômes locaux, et présentant à peine quelques mouvemens convulsifs au fort des accès; de l'autre : maladie chronique, durant plusieurs mois, remarquable par des symptômes nerveux intenses, des convulsions, comme on n'en voit que dans les véritables névroses. On ne saurait réunir sous le même nom deux affections si dissemblables. J'ajoute que c'est en pareil cas que la mort est le plus souvent survenue, et qu'on a trouvé les lésions des membranes cérébrales indiquées plus haut. La plupart des faits cités par les auteurs anglais m'ont paru appartenir à l'*éclampsie;* y en a-t-il qu'il faille rapporter à une inflammation chronique des méninges? La description des lésions n'est pas assez exacte pour qu'on puisse répondre à cette question.

C'est par un rapprochement plus que forcé qu'on a voulu rapporter la suffocation observée dans l'*hystérie* (Boerhaave, *Angina convulsiva;* Thomas Laycock, *Spasme de la glotte*, *Lond. med. Gaz.*, vol. XXII, p. 205; 1837-1838) à une angine con-

vulsive ou laryngite striduleuse. Il est donc inutile d'établir un diagnostic entre ces deux affections.

L'*asthme thymique*, dont les médecins allemands ont cité d'assez nombreux exemples et ont plusieurs fois donné la description, présente des points de ressemblance assez grands avec la laryngite striduleuse. Mais comme cette maladie est imparfaitement connue en France, j'attendrai, pour en présenter le diagnostic différentiel, d'en avoir fait l'histoire. Je renvoie donc à l'article où il sera traité de cette maladie.

L'*asthme aigu de Millar* a fort préoccupé les auteurs, et on a cherché à distinguer cette prétendue affection de la laryngite striduleuse, comme de toutes celles qui occupent le larynx. Mais il suffit de parcourir avec attention le Mémoire de *Millar* (*Observ. sur l'Asthme et sur le Croup*, traduction de L. Sentex; Paris, 1808), pour voir que cet auteur a donné le nom d'*asthme aigu* à toute affection aiguë des voies respiratoires qui cause des accès de suffocation plus ou moins prononcés. Ainsi il confondait sous le même nom la laryngite simple aiguë, la laryngite striduleuse, le croup, la bronchite capillaire purulente ou pseudo-membraneuse. C'est ce que prouvent et les détails anatomiques fournis par l'auteur sur une substance blanche, dure, gélatineuse, obstruant les bronches (page 38), et sa description des symptômes du second degré de l'asthme aigu [1]. Il n'y a donc pas lieu d'établir un diagnostic.

[1] Aujourd'hui que des recherches plus exactes ont porté leurs vives lumières sur ces diverses maladies, il est évident que cette dénomination d'asthme aigu de Millar doit disparaître du vocabulaire médical, comme

La *bronchite capillaire suffocante*, sur laquelle M. le docteur Fauvel a publié un travail très-important, pourrait-elle être confondue avec la laryngite striduleuse? Si l'on considère que la dyspnée est essentiellement intermittente dans celle-ci et continue dans celle-là; que la fièvre, presque nulle dans la laryngite striduleuse, est notable dans la bronchite capillaire purulente ou pseudo-membraneuse, et qu'enfin il y a dans cette dernière maladie une grande abondance de râle sous-crépitant ou sonore qui n'existe pas dans la première, on verra que l'erreur est très-facile à éviter.

Les symptômes de la laryngite striduleuse pourraient, bien plus encore que ceux de la laryngite aiguë simple, être confondus avec ceux qui résultent de l'introduction d'un *corps étranger dans le larynx*. C'est dans ce diagnostic que le léger enrouement du début acquiert une grande importance; car, avec les commémoratifs, il constitue à peu près seul la différence qui existe entre les deux affections. L'auscultation du larynx serait peut-être utile en pareil cas, mais les expériences ne sont pas encore assez nombreuses.

Résumons maintenant en un tableau ce diagnostic important et parfois difficile, sans lequel la thérapeutique du croup et du pseudo-croup n'aurait jamais pu acquérir la moindre précision.

la maladie complexe qu'elle désigne doit être retranchée du cadre nosologique. C'est le seul moyen de faire cesser la confusion que cette prétendue affection a apportée jusqu'à présent dans l'histoire des maladies du larynx.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1°. *Signes distinctifs de la laryngite simple aiguë intense et de la laryngite striduleuse.*

LARYNGITE STRIDULEUSE.	LARYNGITE SIMPLE AIGUË INTENSE.
Avant le premier accès de suffocation, symptômes très-légers, simple enrouement, peu ou point de fièvre.	*Avant le premier accès de suffocation*, symptômes assez graves, gêne de la respiration, douleur, toux, fièvre.
Premier accès, très-violent, hors de toute proportion avec les symptômes qui l'ont précédé, et ordinairement plus fort que les accès suivans.	*Premier accès*, ordinairement plus faible que les suivans, qui n'ont souvent qu'une légère intensité, et sont difficiles à reconnaître.
Entre les accès, calme parfait; souvent disparition presque complète de tous les symptômes.	*Entre les accès*, les symptômes locaux continuent, quoiqu'à un moindre degré; la fièvre persiste.
Altération de la voix, faible.	*Altération de la voix*, toujours plus prononcée; quelquefois *aphonie*.

Les signes diagnostiques qui précèdent ne consistent, comme on peut le voir, qu'en de simples nuances; c'est que les deux maladies ne diffèrent en effet que par la forme.

2°. *Signes distinctifs de la laryngite pseudo-membraneuse (croup) et de la laryngite striduleuse (pseudo-croup).*

LARYNGITE STRIDULEUSE.	LARYNGITE PSEUDO-MEMBRANEUSE.
Symptômes du début très-légers.	*Symptômes du début* plus ou moins graves.
Dans les *intervalles des accès*, absence presque complète de symptômes.	Dans les *intervalles des accès*, symptômes toujours inquiétans.
Voix peu altérée.	*Voix* très-altérée, éteinte.
Pas d'engorgement des ganglions lymphatiques du cou.	*Engorgement* fréquent des ganglions.
Pas d'expectoration de *fausses membranes*.	Dans bien des cas, expectoration de *fausses membranes laryngiennes* (signe pathognomonique).
Point de fausse membrane sur les amygdales.	*Fausse membrane* sur les amygdales.

3°. *Signes distinctifs de la suffocation survenant dans l'éclampsie et de la laryngite striduleuse.*

LARYNGITE STRIDULEUSE.	ACCÈS DE SUFFOCATION DE L'ÉCLAMPSIE.
Accès survenant dans le cours d'une affection aiguë.	*Accès* survenant dans le cours d'une affection convulsive chronique.
Convulsions faibles, seulement dans les accès de suffocation.	*Convulsions violentes*, dont la suffocation est une conséquence.
Après les accès, point d'altération des mouvemens.	*Après les accès*, paralysie incomplète des membres. (Kerr.)

4°. *Signes distinctifs de la laryngite striduleuse et de la bronchite capillaire suffocante.*

LARYNGITE STRIDULEUSE.	BRONCHITE CAPILLAIRE PURULENTE OU PSEUDO-MEMBRANEUSE.
Dyspnée intermittente.	*Dyspnée* continue.
Mouvement fébrile nul ou faible.	*Mouvement fébrile* notable.
Peu ou point de *râles*.	*Râles* sous-crépitant et sonore très-abondans.

5°. *Signes distinctifs de la laryngite striduleuse et de l'introduction d'un corps étranger dans le larynx.*

LARYNGITE STRIDULEUSE.	CORPS ÉTRANGERS DANS LE LARYNX.
Toux légère, *enrouement* avant le premier accès.	Ni *toux*, ni *enrouement* avant l'accès.
Commémoratifs : nuls.	*Commémoratifs :* on peut apprendre que l'enfant a joué avec un corps étranger qu'il a introduit dans sa bouche.

Pronostic. Après tout ce qui a été dit plus haut, et si l'on a égard aux faits dans lesquels le diagnostic a été le plus sûr et le traitement le plus éclairé, on doit regarder la laryngite striduleuse comme une affection plus effrayante que grave. Cependant, je l'ai déjà dit, il est quelques cas authentiques de cette terminaison funeste. Doit-on, comme M. Guersant, attribuer formellement cette triste issue d'une maladie innocente à la violence d'un traitement actif

dirigé contre le croup? Si l'on considère qu'entre les mains de ce praticien les moyens les plus simples ont constamment réussi, on est porté à partager cette opinion. Malheureusement les faits sont insuffisans pour nous donner une solution plus complète de cette question. Toujours est-il qu'avec les connaissances que nous possédons aujourd'hui, et en supposant le traitement convenablement dirigé, on peut prédire une heureuse terminaison de la laryngite striduleuse, si elle n'est point compliquée.

On a vu que le premier accès de suffocation était très-violent, et que les suivans perdaient ensuite graduellement de cette intensité. Or, comme il en est tout autrement de la laryngite aiguë intense et de la laryngite pseudo-membraneuse, il s'ensuit que si à un accès très-violent et imprévu il succède un calme profond, un état de santé presque parfait, puis un second accès moins violent, on doit penser qu'il s'agit d'un pseudo-croup, et espérer une heureuse terminaison.

§ VII. — Traitement.

Il est extrêmement difficile d'apprécier rigoureusement la valeur des diverses médications proposées contre la laryngite striduleuse. Ai-je besoin d'en indiquer les causes? Cette maladie ayant été confondue d'abord avec le croup, et puis avec des affections nerveuses primitivement étrangères au larynx, on a appliqué le plus souvent le même traitement à des cas hétérogènes, ce qui a rendu impossible tout résultat positif.

Néanmoins, en examinant les faits particuliers, et en leur appliquant les principes de diagnostic

indiqués plus haut, je suis parvenu à démêler un certain nombre de cas de laryngite striduleuse, dans lesquels diverses médications ont été mises en usage, et qui me serviront pour l'étude du traitement. Commençons par le traitement simple proposé par MM. Bretonneau et Guersant.

1°. *Adoucissans; émolliens.* Il est remarquable que M. Guersant soit presque le seul qui ait insisté sur ces moyens peu violens. La grande majorité des auteurs, se faisant une idée fausse de l'état nerveux éprouvé par les sujets, a dirigé contre lui des remèdes plus ou moins actifs. M. Guersant, au contraire, pense que les *tisanes* et les *potions adoucissantes* sont une partie importante du traitement, et les résultats de sa pratique viennent à l'appui de cette proposition.

2°. *Laxatifs; purgatifs.* C'est encore un moyen mis en usage par M. Guersant, mais plus encore par MM. Bretonneau (*loc. cit.*), Marsh (*the Dublin hospital reports*, vol. V, p. 600; 1830), et Kerr (*the Edinburg med. and surg. Journal*, vol. XLIX, p. 344; 1838). M. Bretonneau emploie de préférence le *jalap uni au calomel* et l'*émulsion d'huile de ricin.* Je donnerai les formules dans les *ordonnances.* M. Kerr a mis en usage l'*huile de croton-tiglium*, la *rhubarbe*, la *magnésie*, etc., et il dit tenir du docteur Hill, de Greenock, qu'une *mixture d'huile de térébenthine et d'huile de ricin* est presqu'un spécifique contre cette maladie. Mais je dois rappeler que le docteur W. Kerr est un des auteurs anglais qui ont donné le plus d'extension au *laryngismus stridulus*, et que par conséquent on doit admettre ses assertions avec la plus grande réserve.

3°. *Vomitifs.* M. Guersant ne les conseille que dans les cas où la maladie a une certaine intensité, lorsqu'il y a de la fièvre et une grande agitation. Mais beaucoup d'autres médecins, au nombre desquels on peut citer Lobstein (*Mém. de la Soc. méd. d'Émul.*, 8e ann., IIe partie, pag. 500; 1817), Vieusseux (*Observ. sur le Croup; Journ de Méd.*, tom. XII, pag. 422; déc. 1806), et surtout M. Couch (*Observ. on Croup; the Annals of Med. and. surg.*, vol. I, p. 271; 1817), regardent les vomitifs comme très-efficaces et presque comme spécifiques. Il est vrai que nous avons toujours la même objection à faire à ces auteurs, c'est qu'ils ont traité pêle-mêle le croup, le faux croup et l'éclampsie avec respiration striduleuse, et que le diagnostic étant incertain, les résultats tirés de leurs observations ne sauraient être rigoureux. Les vomitifs le plus généralement employés sont le *tartre stibié* et l'*ipécacuanha*, le premier surtout. Le *sulfate de zinc* a été proposé par M. Ley (*loc. cit.*), mais il a été peu mis en usage. Je ne parlerai point ici du *sulfate de cuivre*, parce que ce médicament, préconisé comme un remède souverain qui peut lui seul enlever rapidement la maladie, mérite d'être étudié à part. Le *tartre stibié* a été donné à assez haute dose. Voici la formule indiquée par M. Lejeune (*Journ. de Méd.*, tom. XXV, pag. 131, octobre 1812, *Observ. sur le Croup*, etc.) dans un cas de laryngite striduleuse, chez un *enfant de dix mois* :

℞ Tartre antimonié de potasse..........	0,05	grammes.
Eau..................................	30	grammes.
Sirop de guimauve....................	15	grammes.

M. A prendre en deux fois, à dix minutes d'intervalle.

Cette dose ne détermina aucun accident, malgré l'âge si peu avancé du sujet. Dès le lendemain, au contraire, le mieux était sensible. Chez un enfant plus âgé, on peut porter la dose jusqu'à 0,1 gramme, mais il serait inutile de la dépasser, parce que c'est surtout l'effet vomitif qu'on veut produire. Le docteur Couch a souvent réitéré le vomitif trois ou quatre fois dans une nuit, lorsque les accidens persistaient, et toujours, dit-il, il a eu à s'en louer. Il est inutile de dire que cette assertion, qui peut être très-juste, n'est pas appuyée sur une analyse rigoureuse des faits.

4°. *Sangsues; saignées.* Les évacuations sanguines ne sont encore recommandées par M. Guersant que dans les cas très-graves; mais d'autres auteurs les prescrivent presque dans tous les cas. Quant à M. Bretonneau, c'est aussi dans les cas graves qu'il y a recours, un peu plus souvent toutefois que M. Guersant. Si nous nous rappelons que ces deux auteurs n'ont pas perdu un seul de leurs malades, nous admettrons nécessairement qu'on peut sans crainte négliger les évacuations sanguines, à moins que la dyspnée ne soit très-grande, la fièvre très-forte, l'accès très-long et très-violent. Le *nombre des sangsues* varie de 2 à 10, suivant l'âge des enfans. Quant à la saignée, elle ne peut guère être pratiquée que chez les enfans de huit ans au moins. Généralement, on pratique la *saignée du bras;* quelques auteurs néanmoins recommandent fortement la saignée de la jugulaire; je citerai entre autres P. Frank (*De curandis hominum Morbis*, lib. II, ord. II, gen. II, § 179) et le docteur Kerr (*loc. cit.*); mais la supériorité de cette dernière est encore à démontrer.

5°. *Topiques irritans; vésicatoire.* Pour compléter le traitement adopté par les médecins qui se sont le plus occupés de cette maladie, je dois dire un mot des *révulsifs*. Ces moyens ne font pas partie du traitement de M. Guersant; mais M. Bretonneau use fréquemment du *vésicatoire*, qui a été préconisé par Rosen de Rosenstein (*Traité des Malad. des Enf.*, *trad. de M. Le Febvre de Villebrune*, p. 498), Vieusseux, Couch, etc. M. Rees (*on the species of Convulsions*, etc., *the Lancet*, vol. I, pag. 679; 1830-31) est le seul qui signale ce moyen comme funeste; mais il est loin d'appuyer cette assertion de preuves suffisantes, et d'ailleurs il est de ceux dont le diagnostic est le plus incertain.

L'utilité du vésicatoire une fois admise, on s'est demandé dans quel lieu il fallait l'appliquer. Les uns : Chambon (*des Malad. des Enf.*, tome I, an VII, *du Croup*), Vieusseux, etc., veulent qu'on le pose entre les épaules; mais le plus grand nombre recommande de le mettre sur la région affectée elle-même, c'est-à-dire à la partie antérieure du cou. Si l'on avait déjà appliqué des sangsues sur ce point, il faudrait, suivant le précepte de Rosen, appliquer deux vésicatoires sur les parties latérales du cou, le plus près possible du larynx.

Rosen conseillait souvent, au lieu du vésicatoire, un cataplasme de *sénevé*, qui n'est autre chose qu'un sinapisme fait avec la moutarde sauvage ou moutarde des champs. Voici comment il procédait :

CATAPLASME RUBÉFIANT DE ROSEN.

1°. Mettez autour du cou un cataplasme émollient aiguisé d'un peu de *sénevé* (*sinapis arvensis*), et laissez-le jusqu'à ce que la peau rougisse et paraisse s'élever çà et là.

2°. ℞ Feuilles de mauve...................... 45 grammes.

Faites-les cuire en bouillie dans de l'eau simple, et ajoutez vers la fin de l'ébullition :

Sénevé écrasé.............................. 8 grammes.

Appliquez le cataplasme ainsi composé sur le cou de l'enfant, et renouvelez-le lorsqu'il se refroidira.

On se demande si des applications chaudes, ainsi répétées, ne pourraient pas avoir un effet contraire à celui qu'on se propose, en déterminant une congestion dangereuse vers les organes déjà irrités. Rosen n'a nullement cherché à résoudre cette question.

6°. *Résumé ; ordonnances.* Tel est le traitement qui a pour lui l'expérience la plus positive. Comme les moyens qui le composent ne sont pas applicables à tous les cas indifféremment, je vais spécifier ces cas dans les ordonnances suivantes :

PREMIÈRE ORDONNANCE.

Dans un cas d'une intensité ordinaire (peu de fièvre ; intervalle des accès très-calme).

1°. Pour tisane : Solution de sirop de gomme, ou bien :

℞ Fleurs de guimauve.................... 8 grammes.
Eau bouillante.......................... 1 litre.

Faites infuser pendant une heure, et passez.

Édulcorez avec sirop de capillaire.............. Q. S.

2°. ℞ Infusion de fleurs de violettes.......... 130 grammes.
Gomme arabique.......................... 5 grammes.
Sirop de pommes......................... 30 grammes.

A prendre en cinq ou six fois dans les vingt-quatre heures.

3°. Si l'enfant est assez âgé (six ans et au-dessus), lui faire faire une fumigation vers la gorge, avec une forte décoction de guimauve.

4°. Tenir le ventre libre à l'aide d'un lavement émollient, administré tous les jours.

5°. Diète.

DEUXIÈME ORDONNANCE.

Dans un cas où les symptômes auraient une grande intensité :

1°. Tisane, *ut suprà*.

2°. *Chez les enfans de un à trois ans* [1], deux sangsues à la région laryngée ; arrêter le sang une heure après leur chute. — *Chez les enfans plus âgés*, augmenter le nombre des sangsues suivant l'âge et la force.

3°. *Chez les enfans très-jeunes*, administrer le sirop d'ipécacuanha par petites cuillerées jusqu'à effet vomitif. — *Après l'âge de deux ans :*

℞ Tartre stibié......................	0,05 centigrammes.
Eau...........................	un demi-verre.

A prendre en une fois. Favoriser le vomissement, en faisant avaler, s'il est possible, de l'eau tiède. — *A un âge plus avancé*, on peut élever le tartre stibié à la dose de 0,1 gramme ; mais il est inutile d'en prescrire une plus grande quantité.

4°. Un vésicatoire volant à la région du larynx.

5°. Un lavement d'eau de guimauve avec addition de trois ou quatre cuillerées d'huile d'olive.

6°. La fumigation comme dans le cas précédent.

7°. Diète absolue ; ne point permettre à l'enfant de quitter le lit, le calme fût-il considérable.

Ces moyens sont ordinairement suffisans ; mais si les symptômes persistaient, on aurait recours au traitement suivant :

TROISIÈME ORDONNANCE.

Dans un cas semblable au précédent, chez un sujet de plus de six ans :

1°. Même tisane.

2°. Le vésicatoire, la fumigation, les sangsues.

3°. Cataplasmes sinapisés aux mollets.

4°. ℞ Huile de ricin......................	ãã 25 grammes.
Mucilage de gomme arabique.........	
Eau commune.....................	170 grammes.

Mettez le mucilage dans un mortier de marbre, et triturez sans cesse,

[1] Quelques auteurs ont cité des cas de pseudo-croup survenus peu de jours après la naissance ; en ce cas, il ne faudrait pas prescrire de sangsues, ou n'en prescrire qu'une seule.

en ajoutant alternativement l'huile et l'eau par petites parties; puis versez peu à peu le reste de l'eau sur le mucilage émulsionné.

A prendre en deux fois, ou mieux en une, si c'est possible.

Les pilules purgatives suivantes peuvent être également prescrites :

℞ Jalap	1	gramme.
Calomel	0,5	grammes.
Sirop de sucre		Q. S.

F. S. A. dix pilules dont on fera prendre deux dans la journée

5°. ℞ Eau de laitue	75	grammes.
Sirop de pavot blanc	15	grammes.
Sirop de sucre	10	grammes.

A prendre par cuillerées.

6°. Diète absolue; repos au lit.

Tels sont les moyens simples qui sont aujourd'hui le plus généralement employés contre une maladie plus alarmante que dangereuse. Voyons maintenant ceux que quelques auteurs ont le plus chaudement préconisés, en s'appuyant sur un certain nombre de faits. Et d'abord examinons ce qui a été dit du *sulfate de cuivre*, qu'on a presque donné comme un spécifique.

7°. *Sulfate de cuivre.* Ce n'est point sans doute contre la laryngite striduleuse proprement dite que le sulfate de cuivre a été préconisé par la plupart des auteurs; c'est contre le croup. Mais quand on lit leurs observations, on s'aperçoit bientôt que la plupart des cas dans lesquels ce médicament a été administré et a réussi, appartiennent bien évidemment au faux croup. Si, par exemple, nous prenons les faits cités par le docteur Droste, médecin distingué d'Osnabrück, nous voyons que cet auteur a eu son attention fixée sur la présence de la fausse membrane, qui, selon lui, se détache en masse dans le premier vomissement qui suit l'administration du

sulfate de cuivre; et cependant une seule de ses observations fait mention de l'expulsion de cette fausse membrane; dans les autres il n'y en avait pas de trace. Or, si l'on rapproche cette circonstance de la courte durée de la maladie, du peu de gravité des symptômes hors des accès, et de l'issue constamment heureuse, on ne peut admettre l'existence du vrai croup.

Le sulfate de cuivre est un des médicamens qui, suivant M. Guersant, ne servent qu'à prolonger la maladie. J'avoue que je ne peux pas partager cette opinion; car les cas cités par M. Droste sont, au contraire, remarquables par la prompte disparition des accidens. Je crois que l'observation n'a pas encore dit son dernier mot sur l'action de cette substance, dont la spécificité ou la grande efficacité me paraît aussi peu démontrée que les inconvéniens. Les docteurs Ley et Serlo (*Journ. de Hufeland*, janv. 1834) donnent les plus grands éloges au sulfate de cuivre. Voici la manière de diriger le traitement :

TROISIÈME ORDONNANCE.

TRAITEMENT PAR LE SULFATE DE CUIVRE,

PROPOSÉ PAR MM. DROSTE ET SERLO.

1°. Une application de sangsues. (*Voy.* les ordonn. précéd.)

2°. Cataplasme chaud sur les piqûres des sangsues. (Droste.)

3°. D'abord comme vomitif :

℞ Sulfate de cuivre............. 0,10 à 0,15 grammes.
Sucre de lait........................ 0,30 grammes.

A prendre en une fois.

Quand le sulfate de cuivre aura produit son effet vomitif, continuez son administration, mais à la dose suivante :

℞ Sulfate de cuivre.................... 0,20 grammes.
Sucre de lait......................... 2 grammes.

Divisez en dix paquets, dont on fera prendre un toutes les deux heures.

M. Droste prescrit, avec ce traitement, un grand nombre d'autres médicamens qui viennent le compliquer, et qu'il est inutile de mentionner ici.

Sulfure de potasse. C'est encore dans le traitement de la laryngite pseudo-membraneuse qu'on a fait entrer comme très-efficace le médicament actif dont il s'agit. Mais en choisissant, parmi les cas cités, ceux qui ne sont évidemment que des laryngites striduleuses, on peut constater les effets de cette substance dans le pseudo-croup. Or on peut dire que ces faits ne prouvent nullement l'efficacité du sulfure de potassium. Ainsi, dans un cas rapporté par Lobstein (*loc. cit.*) et dans plusieurs autres cités par le docteur Lejeune (*Obs. sur le Croup, tendant à prouver les avantages du sulfure de potasse, Journ. de Méd.*, tom. XXV, pag. 131; octobre 1812), la maladie a eu une longue durée, et souvent, après l'administration du médicament, les symptômes se sont aggravés. Toutefois il faut dire que les expériences n'ont pas été assez multipliées. Voici la formule employée par le docteur Lejeune chez un enfant de dix-huit mois :

℞	Sulfure de potassium	1 gramme.
	Sirop de guimauve	90 grammes.

M. Une cuillerée chaque demi-heure.

Chez les enfans plus âgés, on augmenterait la quantité de ce sirop : ainsi, *à cinq ans, une cuillerée et demie*, aux mêmes intervalles, et *à dix ans deux cuillerées.* Mais il ne faut pas oublier que le foie de soufre est une substance dont on doit surveiller attentivement les effets.

Antispasmodiques. Les accès d'étouffement ayant été souvent attribués à un spasme de la glotte, on comprend sans peine qu'on ait administré les antispasmodiques. Il est donc nécessaire d'en dire un mot.

En première ligne, il faut placer l'*assa fœtida*, qui était le médicament de prédilection de Millar. Voici comment ce praticien dirigeait le traitement :

QUATRIÈME ORDONNANCE.

TRAITEMENT DE MILLAR.

Chez un enfant de un à deux ans :

1°. ℞ Assa fœtida........................ 8 grammes.
Acétate d'ammoniaque................ 30 grammes.
Eau de pouliot........................ 90 grammes.

Faites une dissolution.

A prendre par cuillerées, de demi-heure en demi-heure.

2°. Toutes les huit heures, administrer le lavement suivant :

℞ Assa fœtida........................ 8 grammes.
Décoction simple........................ 90 grammes.
Huile d'olives........................ 30 grammes [1].

Pour un lavement.

3°. ℞ Eau de menthe poivrée.............. 25 grammes.
Quinquina réduit en poudre très-fine... 1,30 grammes.
Sirop d'œillet........................ 8 grammes.

Faites une boisson.

Le quinquina n'était ajouté aux antispasmodiques que pour prévenir le retour des accès, auxquels Millar supposait une certaine périodicité.

On peut dire de ce traitement, comme des précédens, *que s'il n'a pas été nuisible*, du moins rien ne prouve d'une manière incontestable son efficacité réelle.

[1] Millar n'ordonnait un lavement aussi peu copieux que pour qu'il pût être conservé.

Le *camphre* a été fréquemment employé. Wolff l'unissait au carbonate d'ammoniaque de la manière suivante :

MIXTURE CAMPHRÉE.

℞ Carbonate d'ammoniaque..........	0,40	grammes.
Camphre........................	0,25	grammes.
Sirop de guimauve................	15	grammes.
Mucilage de gomme..............	15	grammes.
Eau de sureau....................	90	grammes.

M. A prendre par cuillerées, toutes les heures.

Quelle est l'efficacité réelle de ce médicament? c'est ce qu'il n'est pas possible de savoir, en l'absence de bonnes observations. Suivant M. Guersant, le camphre est utile, ainsi que l'assa fœtida, dans le *croup nerveux;* mais existe-t-il un croup purement nerveux? encore des problèmes à résoudre.

Les moyens que j'ai indiqués sont loin d'être les seuls. Si je voulais être complet, je pourrais en citer bien d'autres. J'aurais à parler des *sels de zinc*, *de fer* (Elliotson); des *acides minéraux* (Ley); des *lotions froides* (Marsh); du *sulfate de quinine*, du *succinate d'ammoniaque* (Vieusseux), etc., etc.; mais quel avantage retirerait le praticien d'une plus longue énumération de ces remèdes toujours mal expérimentés, et dont les résultats réels nous sont nécessairement inconnus?

Je me borne à mentionner l'*opium*, employé par Vieusseux et Henderson, et qu'on peut mettre en usage comme adjuvant.

Je terminerai en agitant une question qui se représente toujours lorsqu'il s'agit de ces affections aiguës du larynx, qui, par leur violence, paraissent menacer incessamment les jours des malades.

Doit-on employer la *trachéotomie* dans la laryngite striduleuse? Ici il est évident qu'on ne peut pas tracer de règle fixe. On a vu, ai-je dit, quelques cas se terminer par la mort. C'est au médecin à apprécier l'intensité des symptômes et l'imminence du danger. Si l'asphyxie était portée trop loin pour qu'on pût espérer une heureuse terminaison de l'accès, il faudrait appliquer la règle qui doit diriger la conduite du médecin dans ces affections du larynx : *pratiquer l'opération toutes les fois que la vie est évidemment en danger.*

Maintenant je n'ai plus qu'à indiquer les précautions générales à prendre dans tous les cas de laryngite striduleuse.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES.

1°. Débarrasser le cou de l'enfant de tous les liens qui pourraient le gêner.

2°. Entretenir une température de 14 à 15° cent. dans la chambre. En rendre l'air un peu humide en faisant vaporiser de l'eau.

3°. Éviter les courans d'air.

4°. Faire boire l'enfant aussi souvent que possible pour tenir la gorge humide.

5°. Le recouvrir avec soin lorsque les mouvemens brusques de l'accès auront dérangé les couvertures.

6°. Quel que soit le degré de calme dans les intervalles des accès, ne pas permettre aux enfans de s'exposer au grand air.

Tel est le traitement d'une maladie qui n'est pas encore assez généralement connue. On a vu que les moyens qui avaient pour eux l'expérience la plus solide et la plus éclairée étaient les moyens les plus simples; ce sont eux qui doivent donc être choisis

d'abord par le praticien, à moins de circonstances exceptionnelles qu'il n'est pas permis de prévoir.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1°. *Traitement simple fondé sur un diagnostic sûr et sur une observation exacte.* A. *Cas légers :* Adoucissans; émolliens; laxatifs; cataplasmes irritans aux extrémités. B. *Cas graves :* Aux moyens précédens ajoutez : Purgatifs plus actifs; vomitifs; sangsues, saignée; vésicatoire.

2°. *Traitement vanté sans preuves suffisantes :* Sulfate de cuivre; sulfure de potassium; assa fœtida; camphre; sels de fer, de zinc; succinate d'ammoniaque, etc.

ARTICLE IV.

LARYNGITE PSEUDO-MEMBRANEUSE (*croup*).

Depuis F. Home (*Recherches sur la nat., la cause et le trait. du Croup*, traduct. de F. Ruette; Paris, 1809), on a publié sur cette terrible maladie un très-grand nombre de travaux d'une importance majeure. Mais il ne faut pas croire qu'avant la description donnée par l'auteur anglais, la maladie fût inconnue; M. Double (*Traité du Croup;* Paris, 1811) et M. Bretonneau (*des Inflammat. spécial. du tissu muq. et en partic. de la diphthérite;* Paris, 1826) ont montré qu'avant lui, Baillou, Rosen, Carnevale, Ghisi surtout, etc., l'avaient indiquée de manière à ce qu'on ne pût la méconnaître. On peut même ajouter qu'à une époque reculée on avait déjà des notions sur cette affection laryngée, qui a fait périr un si grand nombre d'enfans; seulement, faute d'une observation complète, et surtout dans

la privation où l'on était des lumières anatomico-pathologiques, on la confondait souvent avec la plupart des affections qui causent la mort par asphyxie. La description tracée par F. Home est infiniment supérieure à ce qui avait paru sur le même sujet; mais c'est à l'époque où s'ouvrit le grand concours institué par Napoléon, que l'histoire du croup prit un caractère éminemment scientifique. Les ouvrages de Swilgué, Jurine, Albers, Double, Valentin, Vieusseux, basés sur des observations nombreuses et plus complètes que celles de leurs prédécesseurs, vinrent éclairer bien des points obscurs. Néanmoins il restait encore beaucoup à faire, comme l'a prouvé M. Bretonneau dans son remarquable *Traité de la Diphthérite*. Cet ouvrage est venu jeter la plus vive lumière sur l'anatomie pathologique du croup, dont il a montré, encore mieux que ne l'avaient fait les recherches de Ghisi, Carnevale, Jonhston et M. Double, la liaison intime avec l'angine couenneuse. C'est surtout aux travaux de ce médecin et à ceux de M. Guersant qui leur sont venus à l'appui, que nous devons le degré de précision auquel sont parvenues la pathologie et la thérapeuthique de la laryngite pseudo-membraneuse.

Il serait contraire au plan de cet ouvrage de m'étendre davantage sur l'historique de cette affection. Il en existe un fort étendu et fort bien présenté dans l'ouvrage de M. Double (*loc. cit.*, pag. 151 et suiv.), que le lecteur consultera avec fruit, s'il désire avoir un aperçu critique des principaux travaux sur cet intéressant sujet. Valentin et M. Bretonneau lui fourniront aussi des renseignemens très-

précieux. Pour moi, je vais passer, sans autre préambule, à la description de la maladie.

§ I[er]. — Définition ; synonymie ; fréquence.

La laryngite pseudo-membraneuse est, comme son nom l'indique, une inflammation aiguë du larynx, caractérisée par la production d'une fausse membrane. Cette *définition*, qui résulte des beaux travaux modernes, est adoptée par tous ceux qui ont cessé de confondre entre elles des maladies aussi différentes que la laryngite striduleuse et le croup.

Une multitude de noms ont été imposés à cette maladie. Je me bornerai à citer les principaux : *Croup*, nom employé par F. Home, et conservé à tort, suivant M. Bretonneau, par la plupart des médecins français ; *angina suffocatoria*, *membranacea*, *polyposa*, *cancrosa* ; *cynanche trachealis*, *stridula* ; *tracheitis infantum* ; *angine laryngée membraneuse* ; *pharyngo-laryngite couenneuse* ; *diphthérite trachéale* ; *angine trachéale diphthéritique*. Une remarque qui s'applique à toutes ces dénominations, excepté aux trois dernières, c'est que par elles on a désigné des maladies de plusieurs espèces, ainsi qu'on peut le voir dans les observations citées par les auteurs. Le nom de *laryngite pseudo-membraneuse* me paraît devoir être définitivement adopté, parce qu'il exprime le caractère essentiel de la maladie dont le larynx est incontestablement le siége principal.

Il est impossible de dire d'une manière positive quelle est la *fréquence* de la laryngite pseudo-membraneuse. Deux motifs s'y opposent : 1° bien que nous possédions plusieurs documens importans pour la solution de cette question, ils ne sont encore ni

assez nombreux ni assez exacts; et 2° le croup ayant été le plus souvent confondu avec la laryngite striduleuse, les élémens du problème se trouvent compliqués d'une manière inextricable. On peut néanmoins affirmer que cette maladie est assez fréquente dans presque tous les pays; c'est ainsi qu'à Londres, dans un intervalle de quatre ans, on a vu le croup emporter 64 sujets; qu'à New-York, 46 en moururent en treize mois, et 165 dans les deux années suivantes (J. Frank, *Prax. med.*); qu'à Genève, en Allemagne, en Angleterre, un grand nombre d'auteurs ont pu en recueillir des observations multipliées, et qu'en France il n'est guère de ville où quelques cas de cette maladie ne se présentent tous les ans. Ce ne sont là sans doute que des renseignemens vagues; mais on ne saurait, dans l'état présent de la science, s'en procurer de plus positifs.

§ II. — Causes.

1°. *Causes prédisposantes.*

Tout le monde convient, comme le fait remarquer M. Double (*loc. cit.*, pag. 275), que l'*âge* auquel les enfans sont le plus fréquemment atteints de la maladie, commence à la cessation de l'allaitement, et continue jusqu'à la puberté. Néanmoins on a vu des enfans à la mamelle attaqués du croup. Les exemples cités par M. Bretonneau (*loc. cit.*, p. 36) sont incontestables; Billard (*Traité des Malad. des Enf.*, 2ᵉ édit., pag. 504) admet plutôt la possibilité de cette maladie chez les enfans très-jeunes, qu'il n'en affirme l'existence. D'un autre côté, les exemples de croup chez l'adulte ne sont pas rares au-

jourd'hui. Plusieurs auteurs, parmi lesquels je citerai principalement MM. Louis, Horteloup (*Obs. de Croup chez l'Ad.*, Thès.; Paris, 1822) et Charcelay (*Gaz. Méd.*, t. VII; 1839) en ont recueilli de fort intéressantes observations. J. Frank a rassemblé un certain nombre de cas de laryngite pseudo-membraneuse observés chez des vieillards, et M. Louis en rapporte un qui a été présenté par une femme âgée de soixante-douze ans (*du Croup chez l'adulte; Mémoires et Rech. anat. path.;* Paris, 1826). On peut donc dire, d'une manière générale, que le croup peut affecter tous les âges, mais que son maximum de fréquence a lieu entre deux et sept ans. De 8 sujets observés par M. Hache, dans l'année 1835, 6 avaient de deux à cinq ans, et les deux autres étaient âgés de huit et de douze ans.

On se rappelle ce que j'ai dit, relativement à l'influence du *sexe*, à l'article *Laryngite striduleuse;* je ne le répéterai pas ici. Je me bornerai à faire remarquer que les individus du sexe masculin ont été plus souvent affectés que ceux du sexe féminin; mais à ce sujet l'observation a beaucoup à faire, aujourd'hui que le diagnostic est bien établi.

Quelques auteurs ont prétendu que le croup était *héréditaire;* mais sur quels faits est fondée cette assertion?

Une *constitution faible*, altérée par des maladies antérieures ou par de nombreuses privations, le tempérament lymphatique, ont été regardés comme prédisposant au croup. Ce qui donne quelque vraisemblance à cette proposition, c'est que, 1° ainsi que le font remarquer MM. Guersant (*Dict. de Méd.*, tom. IX, art. *Croup*) et Blache (*du Croup et du

Pseudo-Croup; Arch. gén. de Méd., tom. XVII), les enfans pauvres et mal soignés y sont plus sujets que les enfans placés dans de meilleures conditions; et 2° que cette maladie n'attaque guère que les adultes débilités par une autre affection. Toutefois il faut se garder de croire que les enfans d'une constitution robuste en soient exempts; sur 8 enfans observés par M. Hache, 7 étaient d'une forte constitution et d'un embonpoint notable.

On a dit que le croup se développait dans toutes les *saisons*, ce qui est vrai; mais toutes les saisons ne paraissent pas également favorables à son développement. Les principales épidémies ont apparu en automne et au printemps; et si nous examinons 49 observations prises indifféremment dans les auteurs, nous trouvons les cas ainsi répartis suivant les saisons : au printemps, 19; en été, 8; en automne, 13; en hiver, 9. Je ne donne, au reste, ces chiffres, fort insuffisans, que comme une indication qui demande à être confirmée.

Nous ne savons rien de bien positif sur l'influence des *climats;* on a vu plus haut ce que j'en ai dit; c'est à peu près tout ce qu'on en peut dire. Il faudrait, pour déterminer cette influence, des études qui n'ont pas été faites. On admet généralement que le croup sévit principalement dans les climats froids et humides.

Dans le temps où l'on croyait que le siége de la laryngite pseudo-membraneuse était borné au larynx, on pouvait se demander si l'*étroitesse* de la glotte était une cause prédisposante de cette affection; mais aujourd'hui qu'il est démontré que la production de la fausse membrane caractéristique

a souvent lieu primitivement dans le pharynx, il est inutile d'agiter une semblable question.

On voit quelquefois le croup se développer dans le cours d'une autre maladie, et surtout de la rougeole et de la scarlatine. L'épidémie de croup observée à l'hôpital des enfans par M. E. Boudet, qui nous en a donné une fort bonne description (*Hist. de l'ép. de Croup qui a régné*, etc.; *Archiv. de Méd.*, févr. et avril 1842), a été surtout remarquable par cette apparition de la laryngite pseudo-membraneuse dans le cours d'un exanthème, et lorsque les fièvres exanthémateuses existaient en grand nombre. On l'a vu aussi succéder à des épidémies de ces exanthèmes, et s'il est vrai de dire que quelques auteurs ont donné, comme des exemples de croup, des angines morbilleuses et scarlatineuses qui n'en avaient pas le caractère, il n'en faut pas conclure qu'il en a toujours été ainsi, car l'existence de la fausse membrane caractéristique est venue souvent lever tous les doutes.

Avant les dernières recherches sur cette maladie, on a dû, avec M. Double (*loc. cit.*, pag. 284), mettre en doute l'existence de véritables épidémies de croup. Cet auteur, qui néanmoins est loin de nier la possibilité de ces épidémies, prouve en effet que de toutes celles qu'on avait citées avant lui, il n'en est aucune qui soit incontestable. Mais aujourd'hui que nous connaissons les épidémies observées par M. Bretonneau à Tours, par M. Ferrand à la Chapelle-Véronge, par M. Hastron (*Dissert. sur le Croup*, Thès.; Paris, 1828), dans la petite ville de Couhé (Vienne), par M. Boudet (*loc. cit.*) à l'hôpital des enfans, etc., nous ne pouvons plus conserver

de doutes. M. Ferrand (*de l'Angine membr.*, Thès.; Paris, 1827) a vu, dans une localité très-peu étendue, et dans le cours d'environ six mois, *soixante* cas d'angine croupale qui furent *tous funestes*. Cette épidémie succéda, dit l'auteur, à une épidémie de scarlatine, pendant laquelle les enfans furent mal soignés.

Parlerai-je maintenant des autres causes prédisposantes qu'on a assignées au croup, du *vice scrofuleux*, de la tendance qu'ont les enfans à contracter des *affections catarrhales des voies respiratoires*, etc. etc.? Mais si j'ai eu tant de peine à trouver quelque chose de positif dans les observations, qu'obtiendrai-je de l'examen de quelques assertions sans preuves? Ce serait répéter sans profit ce qui a été dit partout sans nécessité.

2°. *Causes occasionnelles.*

Les causes occasionnelles sont bien plus obscures encore que les causes prédisposantes; aussi les auteurs en ont-ils à peine fait mention. Celle que l'on admet le plus généralement est l'impression *du froid*, et surtout du froid humide; mais nous sommes encore bien loin d'avoir des preuves suffisantes du fait. Voici à ce sujet ce que nous apprennent les observations: sur 26 cas pris au hasard, six fois seulement les sujets s'étaient exposés soit à la pluie, soit à un courant d'air, ou bien ils avaient passé la nuit la fenêtre ouverte; les autres n'avaient été nullement exposés au froid.

Ceux qui regardent le croup comme une simple laryngite acquérant une intensité insolite, ont nécessairement attribué à la maladie *toutes les causes*

occasionnelles de la laryngite simple. Mais peut-on admettre cette théorie? Non évidemment, comme je le ferai voir à l'occasion du *diagnostic.* Il est donc inutile de mentionner les causes de la laryngite simple.

A ce propos, je dois dire qu'on a fait des expériences sur les animaux, pour chercher à découvrir le mode de production de la fausse membrane croupale. A l'aide de substances irritantes, chlore gazeux, acides, huile cantharidée (Bretonneau) etc., on a produit, comme on peut le voir dans les ouvrages de MM. Double, Bretonneau, Blaud, etc., tantôt une inflammation très-grande du larynx, de la trachée et des bronches, sans fausse membrane; tantôt une véritable pellicule recouvrant la cavité laryngienne, mais rarement une inflammation aussi vive et des symptômes généraux aussi intenses que ceux qu'on observe dans le croup. On a vu quelquefois chez les animaux une maladie analogue à celle que je décris. (*Voy.* Ghisi, *Lettere mediche*, et Double, *loc. cit.*)

La *contagion* du croup a beaucoup occupé les auteurs; mais nous ne possédons pas une série de faits suffisante pour que la question puisse être décidée définitivement. Les cas cités par plusieurs observateurs, et notamment par MM. Bretonneau et Guersant, sont de nature à inspirer des craintes sérieuses, mais ils peuvent, à la rigueur, être mis sur le compte d'une influence épidémique. En un mot, les auteurs en ont dit assez pour que le praticien doive agir comme si la contagion existait, mais pas assez pour qu'il ne reste pas de doutes dans l'esprit du pathologiste. D'après quelques faits

cités par M. Boudet, ce serait l'angine pseudo-membraneuse, et non la laryngite, qui serait contagieuse, en sorte que dans le croup qui n'occuperait que le larynx, la contagion serait moins à craindre. De nouveaux faits sont nécessaires pour qu'on puisse se prononcer.

Je passe sous silence les autres causes attribuées au croup, attendu qu'elles n'ont pas pour elles même un commencement de preuve.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes sont un peu différens, suivant qu'on étudie la laryngite pseudo-membraneuse chez l'enfant ou chez l'adulte. Il faut donc, de toute nécessité, avoir égard aux modifications que l'âge des sujets apporte dans les phénomènes morbides; d'où il suit qu'on ne peut pas faire une description générale applicable à tous les cas. Pour obvier à cet inconvénient, je me bornerai à étudier d'abord le croup chez les enfans, et quand j'aurai tracé le tableau de la maladie à cet âge où l'on peut dire qu'on trouve le type de la laryngite pseudo-membraneuse, je ferai connaître quelques particularités que présentent les adultes, ce qui m'évitera de nombreuses répétitions, et jettera plus de clarté sur cet article.

Laryngite pseudo-membraneuse chez l'enfant. On peut dire que les symptômes de cette maladie ont attiré l'attention d'une manière toute spéciale; aussi en avons-nous un grand nombre de descriptions très-soignées et très-complètes. Toutefois on ne peut pas se servir indifféremment de toutes ces descriptions, et la raison en est encore dans la confu-

sion qui s'est inévitablement glissée dans le diagnostic, avant que l'on ait été bien convaincu que le nom de *croup* devait être donné uniquement à une laryngite caractérisée par la production d'une fausse membrane. Ce n'est pas à dire pour cela qu'on ne puisse se servir des travaux publiés avant ces dernières années; mais on ne doit le faire que pour les points où il ne peut pas y avoir eu confusion de deux maladies distinctes.

Début. Un grand nombre d'auteurs ont attribué à la maladie des *prodromes* très-variés. Quand on examine les observations, on voit que ces prétendus prodromes ne sont autre chose que les symptômes de diverses maladies préexistantes, telles que la rougeole, la scarlatine, le catarrhe pulmonaire. Aussi Jurine (*voy.* le *Rapport* de Royer-Collard, dans le *Précis analytique du Croup*, de M. Bricheteau, pag. 18 et 208) admet-il un croup annoncé par des symptômes équivoques, et qui, selon lui, commence par la trachée. Tout porte à croire que ces symptômes équivoques sont ceux des maladies que je viens d'indiquer. Aujourd'hui on admet avec raison que ces maladies n'ont d'autre rapport avec la laryngite pseudo-membraneuse que de favoriser son développement par l'état particulier dans lequel elles mettent le sujet, et qu'on ne peut pas les regarder comme prodromes, puisqu'elles ne précèdent l'invasion de la maladie nouvelle que dans quelques cas particuliers.

Plusieurs auteurs, avec Borsieri et M. Double (*loc. cit.*), ont placé l'*épistaxis* au nombre des symptômes précurseurs du croup. Dans les observations de croup simple que j'ai sous les yeux, il n'y a

point eu d'épistaxis. Cette hémorrhagie, au contraire, a eu lieu dans les cas où un exanthème existait concurremment, en sorte que tout porte à croire qu'elle appartient à l'affection préexistante ou concomitante, et non à la laryngite pseudo-membraneuse elle-même.

Quant au *coryza* et au *mal de gorge*, qu'on a maintes fois observés, et que plusieurs ont également regardés comme des prodromes, il y a une objection tout opposée à faire. Les observateurs qui ont, dans ces derniers temps, pu suivre la marche de la laryngite pseudo-membraneuse sans être distraits par des cas plus ou moins nombreux de laryngite striduleuse, ont vu que le plus souvent il y avait, au début, des signes d'inflammation dans le pharynx et les fosses nasales; mais ce ne sont pas là de simples prodromes, ce sont de véritables symptômes du *début* qui persistent ensuite, et même prennent de l'accroissement dans le cours de la maladie.

D'après tous les auteurs, le *début* diffère suivant que la laryngite pseudo-membraneuse commence par une inflammation spécifique du pharynx ou de la trachée, ou qu'elle envahit d'emblée le larynx.

Dans le *premier cas*, qui est le plus fréquent, on voit survenir les symptômes suivans : des *frissons* légers se renouvellent à plusieurs reprises, ainsi que l'a constaté M. Guersant; puis se déclare une fièvre plus ou moins intense et une *céphalalgie* notée dans plus de la moitié des observations que j'ai sous les yeux.

Bientôt survient le *mal de gorge*, qui, dans la majorité des cas, est supportable, mais qui, chez deux su-

jets dont je lis l'histoire, fut très-violent dès le début.

Cette douleur de gorge, qui gêne souvent la déglutition, s'accompagne, lorsqu'elle a un peu d'intensité, d'un phénomène qu'il est très-important de constater; c'est *un gonflement notable et ordinairement douloureux des ganglions sous-maxillaires.* Ce symptôme, qui n'appartient pas en propre à la maladie, a cependant une grande valeur, parce qu'il fait connaître le degré d'intensité de l'inflammation du pharynx.

Si l'enfant est assez âgé, il *expectore* une assez grande quantité de mucus qu'il détache fréquemment de l'arrière-gorge, dans ses efforts pour se débarrasser de la sensation pénible qu'il éprouve.

Si l'on *explore* l'arrière-gorge, on voit une rougeur vive et un gonflement notable des amygdales, et souvent de petites plaques blanches, irrégulières, sans saillie bien marquée, sur le voile du palais, la luette, et surtout les tonsilles. Ce sont là des altérations sur lesquelles les auteurs avaient légèrement glissé avant M. Bretonneau, et qui par leur importance, ainsi que l'a démontré ce savant praticien, doivent au contraire attirer l'attention de l'observateur d'une manière toute spéciale. Van Bergen (*Nova Acta Phys. Med. Acad. Cæsar.*, tom. II; *Norimb.*, 1761) est peut-être, de tous les auteurs anciens, celui qui a noté avec le plus de soin le coryza et le gonflement de la gorge, précurseurs du croup; mais il n'y a pas suffisamment insisté.

Dans un nombre moins considérable de cas, des symptômes analogues se manifestent dans les fosses nasales. On observe les signes d'un coryza ordinairement peu intense, mais qui se fait distinguer par

un léger suintement séreux, jaunâtre et fétide, observé par MM. Bretonneau et Guersant. Très-souvent ces symptômes sont dus à la production d'une fausse membrane semblable à celle du pharynx.

En même temps que l'on constate ces phénomènes, on observe de l'abattement, de la lassitude, une agitation marquée la nuit, et ordinairement de l'insomnie; l'appétit est perdu, la soif est vive; il y a parfois des vomissemens; le pouls est élevé et fréquent, la peau chaude. Dans quelques cas aussi, une petite toux sèche, l'accélération de la respiration, l'enrouement, viennent prouver que si le larynx n'est pas encore envahi par la fausse membrane, il participe déjà au gonflement inflammatoire des parties voisines.

Dans le *deuxième cas*, c'est-à-dire lorsque la maladie envahit la trachée avant le larynx, que se passe-t-il? C'est une question à laquelle il est difficile de répondre, attendu que les observations sont insuffisantes sur ce point. Voici les caractères assignés par Jurine (*voyez* le *Précis analytique* de M. Bricheteau, *notes*, pag. 208) au croup qui débute de cette manière :

« 1° Invasion annoncée par des symptômes équivoques qu'on pourrait rapporter à d'autres maladies, surtout aux affections catarrhales. 2° Les symptômes ont une marche moins rapide que dans le croup du larynx. 3° Les accidens spasmodiques sont moins prononcés dans le début de la maladie. 4° Les rémittences des accès sont plus longues et quelquefois se changent en intermittences. 5° La sensation douloureuse de la trachée et du larynx se fait rarement percevoir par la pression. 6° Si la terminaison est fatale, la mort arrive moins promptement. »

Ces signes sont fort vagues, car ils ne sont fon-

dés que sur des différences de durée et d'intensité qui se remarquent dans les cas les plus divers. D'après quelques faits observés par M. Boudet (*loc. cit.*), l'intégrité de la voix conservée pendant plusieurs jours, les autres symptômes du croup existant à un degré plus ou moins élevé, serait le seul signe du début par la trachée.

Lorsque la laryngite pseudo-membraneuse *envahit d'emblée le larynx*, les symptômes sont promptement effrayans; en peu de temps on voit survenir la suffocation, l'anxiété, les signes d'asphyxie dont il va être bientôt parlé.

Quelquefois la maladie attaque en même temps le pharynx, le larynx et même la trachée; alors tous les symptômes qui viennent d'être indiqués se développent presque simultanément, et la maladie fait en peu d'instans des progrès très-alarmans.

Symptômes de la laryngite pseudo-membraneuse confirmée. Que l'affection ait débuté par le pharynx ou par la trachée, ou bien que le larynx ait été primitivement envahi, dès que ce dernier organe devient le siége de l'inflammation spéciale, les symptômes suivans se déclarent :

La *douleur* éprouvée dans le larynx n'est jamais très-considérable, du moins les enfans ne s'en plaignent que faiblement; ils se plaignent bien plutôt d'une grande gêne vers la région de cet organe, où parfois ils portent les mains comme pour en arracher un corps étranger. M. Couch (*Obs. on Croup, in the Annals of Med.*, vol. I; 1817) a vu même un enfant se déchirer avec les ongles la peau de la partie antérieure du cou.

La *voix* s'altère profondément : elle n'était que

sourde et enrouée avant que le larynx fût entrepris; maintenant elle est basse, étouffée, pénible, et finit bientôt par se perdre complétement. Ce n'est pas là la description de la voix croupale telle qu'on la trouve dans beaucoup d'histoires générales du croup. On ne doit pas en être surpris, si l'on se rappelle qu'avant ces derniers temps on n'établissait pas de différence marquée entre la laryngite pseudo-membraneuse et la laryngite striduleuse, et que, sous le nom de *voix croupale*, *chant de coq*, etc., on désignait principalement le timbre de la voix observé dans la dernière de ces deux affections. On en est convaincu quand on parcourt les travaux de MM. Bretonneau, Guersant, Gendron (*Journ. des Connaiss. méd.-chir.*, nº 5, novemb. 1835). C'est là un point que le médecin ne doit pas perdre de vue, car il est important pour le diagnostic.

La *toux* devient fréquente, déchirée, douloureuse. Son timbre a quelque chose de particulier à la maladie, mais toutefois dans des limites assez variables, en sorte qu'on a cherché en vain à lui trouver un terme de comparaison unique. Les bons auteurs ont blâmé avec raison toutes les comparaisons de ce genre. La *toux croupale* est rauque, sourde, creuse, suivant l'expression de M. Bricheteau (*loc. cit.*, pag. 315), comme rentrant dans le larynx, ainsi que l'a noté M. Guersant. Ce qu'il y a de remarquable dans cette toux, c'est le sifflement quelquefois très-fort qui suit chaque secousse. J'y reviendrai à propos de la respiration. Une fois que cette toux caractéristique s'est déclarée, elle ne cesse plus, si ce n'est lorsque la guérison est confirmée, ou, dans quelques cas, aux derniers mo-

mens de l'agonie. Dans un cas cité par M. Hache (*loc. cit.*), la toux a complétement manqué; on peut regarder ce cas comme tout à fait exceptionnel.

La *gêne* de la respiration est des plus notables. Les malades soulèvent fortement les parois thoraciques pour faire pénétrer l'air dans les poumons; les narines se dilatent, et ces efforts parvenant à surmonter l'obstacle que présente l'obstruction de la glotte, l'air se précipite dans le larynx, en donnant lieu à un sifflement marqué, plus intense après chaque secousse de toux, et surtout après les quintes. L'expiration, au contraire, est assez libre, et a lieu sans bruit, ou est simplement ronflante lorsque l'enfant ne tousse pas. On a attribué cette différence entre l'inspiration et l'expiration, à ce que, dans la première, les bords de la glotte ont de la tendance à se porter l'un vers l'autre, et qu'ils s'éloignent au contraire dans la seconde. La lenteur de l'expiration n'y serait-elle pas aussi pour quelque chose? Cela est d'autant plus probable, que ce temps de la respiration est, comme on va le voir, *prolongé* dans la laryngite pseudo-membraneuse. M. Hache ayant compté le nombre des inspirations chez ses malades, a trouvé qu'il variait de 16 à 48; généralement, suivant cet auteur, la respiration est moins accélérée que dans la pneumonie; néanmoins elle est courte, brusque et souvent pleine d'anxiété.

A l'*auscultation*, on a de la peine à distinguer le bruit vésiculaire, qui très-souvent est entièrement masqué par le sifflement inspiratoire. Quand on l'entend, on le trouve faible dans toute la poitrine. MM. Gendron et Hache ont noté un *prolongement* de l'expiration. Ce second temps de la respiration

était égal au premier. M. Gendron insiste avec raison sur ce signe, qui annonce que la pseudo-membrane envahit le larynx, et qui n'avait pas jusqu'à lui fixé suffisamment l'attention.

L'*expectoration*, au commencement de la maladie, est nulle ou composée de crachats blancs largement aérés, évidemment muqueux; plus tard, dans un certain nombre de cas, il y a rejet de mucosités filantes, visqueuses, abondantes; rarement la matière de l'expectoration a un aspect puriforme; mais c'est la présence ou l'absence de fausses membranes au milieu des matières rendues, qui est le signe le plus important pour le diagnostic, puisqu'il est positif. Néanmoins sa non-existence ne prouve nullement que le vrai croup n'existe point; car, sur 51 cas dans lesquels les symptômes furent observés très-attentivement, 26 fois l'autopsie démontra la présence de la fausse membrane, sans qu'on eût pu en découvrir des traces dans les produits de l'expectoration et du vomissement. Je pense que chez un certain nombre de ces sujets le rejet de quelques lambeaux pseudo-membraneux a eu lieu sans être constaté; mais il doit en rester toujours un assez bon nombre où les choses se sont différemment passées.

Les fausses membranes rendues sont tantôt *tubulées* et offrent plus ou moins la conformation de la partie supérieure des voies aériennes; tantôt elles consistent en lambeaux assez volumineux, épais, blancs ou légèrement striés de sang, qui ont de la tendance à s'enrouler; tantôt enfin ce son des fragmens irréguliers peu considérables, que leu ténacité fait surtout distinguer. Chez les enfans l

plus âgés, c'est quelquefois par les seuls efforts de la toux que la pseudo-membrane est détachée et rejetée; mais le plus souvent il s'y joint des vomissemens provoqués soit par les efforts de la toux elle-même, soit par la sensation déterminée sur le pharynx par la production morbide, soit enfin par les vomitifs administrés dans un but curatif.

Je dois rapprocher de tous ces symptômes locaux le *gonflement des ganglions lymphatiques du cou*, sur lequel M. Bretonneau a insisté avec tant de raison. On voit apparaître sous la mâchoire inférieure, et surtout au-dessous de son angle, soit dès le début, soit lorsque les autres symptômes ont déjà acquis une certaine intensité, une tumeur plus ou moins étendue, résistante, sensible à la pression, et dans laquelle on reconnaît facilement l'engorgement des ganglions. Mais ce gonflement appartient-il en propre à la laryngite pseudo-membraneuse? Non, sans doute, car il se montre principalement lorsque le pharynx est envahi par la concrétion morbide. On peut même supposer que les cas où il n'a pas été observé étaient des cas de croup survenu d'emblée, c'est-à-dire de laryngite pseudo-membraneuse ayant débuté par le larynx. Mais l'observation n'a pas encore mis le fait entièrement hors de doute. Quoi qu'il en soit, comme dans la majorité des cas l'inflammation diphthéritique envahit d'abord le pharynx, on peut placer le gonflement douloureux des ganglions du cou parmi les symptômes du début du croup.

Jusqu'à présent j'ai parlé de tous ces symptômes sans avoir égard aux diverses modifications de forme et d'intensité qu'ils peuvent avoir dans le cours de

la maladie; il s'agissait d'abord de les bien connaître. Voyons maintenant ce qui se passe dans ces *exacerbations* violentes qui se manifestent, dans presque tous les cas, à des intervalles variables, et qui constituent les *accès du croup*. Tout à coup, et le plus souvent sans cause connue, la gêne de la respiration et l'oppression augmentent considérablement; la voix et la toux prennent au plus haut degré les caractères déjà indiqués; le sifflement inspiratoire est entendu au loin; une vive anxiété se manifeste. C'est alors que l'enfant porte la main à son cou, comme pour en arracher le corps étranger qui le suffoque, qu'il se met brusquement sur son séant, qu'il porte sa tête en arrière pour faciliter les mouvemens inspiratoires, et qu'il présente les symptômes effrayans d'une asphyxie imminente. Il n'est pas rare de voir l'accès, qui quelquefois a duré d'une demi-heure à plusieurs heures, se terminer par l'expectoration d'un tube pseudo-membraneux, de quelques débris couenneux, ou simplement de mucosités visqueuses, épaisses et filantes. Après l'accès, l'enfant épuisé reste plongé dans l'abattement ou la somnolence, et tous les symptômes décrits plus haut persistent, quoique avec moins d'intensité.

On admet généralement que la *face*, bouffie et violacée pendant les accès, est pâle dans les temps de calme; c'est en effet ce qui a lieu dans la grande majorité des cas. Cependant je trouve, dans deux observations, la face d'une pâleur remarquable pendant toute la durée de la maladie; ce sont là des cas exceptionnels. Pendant l'accès, les lèvres deviennent livides; les yeux, brillans et hagards, expriment une frayeur profonde, tandis que, pendant

le calme, les lèvres sont pâles et les yeux abattus.

C'est aussi pendant la plus grande violence des accès qu'on observe l'*agitation convulsive* de quelques enfans. Les membres se raidissent; quelquefois le malade s'élance de son lit, croyant trouver l'air qui lui manque, ou bien il saisit un corps solide, pour favoriser ses grands efforts inspiratoires.

La *fièvre*, si importante à étudier dans cette affection, accompagne tous ces symptômes dès leur apparition, et fait ensuite des progrès rapides. La peau, chaude, sèche hors le temps des accès, se couvre très-souvent, pendant leur durée, d'une sueur plus ou moins abondante. Le pouls est accéléré, dur, résistant. M. Hache l'a vu s'élever à 160 pulsations, et Caillau (*Mémoire sur le Croup*, p. 22; Bordeaux, 1812) à 180. Pendant les accès, il peut être plus accéléré encore; mais souvent alors il devient petit, serré, difficile à saisir. Quelques auteurs, et en particulier Des Essartz (*Mémoire sur le Croup*, p. 26; Paris, 1808) ont dit que dans certains cas le pouls revenait à l'état normal entre les accès. Mais en lisant avec attention leurs écrits, on ne tarde pas à être convaincu que les cas dont ils parlent appartenaient à la laryngite striduleuse.

Le mouvement fébrile a, dans la laryngite pseudo-membraneuse, des exacerbations plus ou moins marquées, mais il se manifeste par des symptômes évidens dans tout le cours de la maladie.

L'*état des fonctions digestives* a été assez peu étudié, l'attention des observateurs étant absorbée par les symptômes principaux. Caillau (*loc. cit.*, p. 25) dit que la langue est rouge sur les bords, la soif modérée chez quelques sujets et grande chez

les autres; que la déglutition, facile au début, devient difficile plus tard, surtout lorsque la maladie est mortelle; qu'il y a presque toujours des vomiturions et des vomissemens, et que chez un enfant on constata un écoulement par l'anus, d'une matière âcre et ténue qui l'excoriait. Sans doute, dans ce dernier cas, il y avait une de ces *diphthérites générales* si bien étudiées par M. Bretonneau, et des fausses membranes occupaient l'anus. Les symptômes signalés par Caillau ont lieu dans un bon nombre de cas, mais ils ne sont pas constans. Ainsi M. Hache n'a point vu la langue rouge; il n'a noté une soif vive que dans un cas, et il n'a point constaté de symptômes abdominaux. « On a remarqué, dit M. Bricheteau dans son intéressant travail (p. 317) sur le croup, comme un phénomène singulier, qu'au milieu de ces accès orageux la déglutition était libre et facile. » Le fait est vrai, mais seulement pour quelques cas particuliers, et non pour la généralité, car la gêne de la déglutition est formellement constatée dans la majorité des observations. Cette absence de gêne de la déglutition ne se trouve-t-elle que dans le croup borné au larynx, ou dans la laryngite striduleuse? C'est ce que les observations de M. Hache (*loc. cit.*, p. 12) auraient pu nous apprendre, car parmi les cas qu'il a observés, il en est plusieurs où le pharynx fut toujours exempt d'altération. Mais malheureusement cet auteur a négligé d'examiner les faits sous ce point de vue. Je me bornerai donc à dire que, dans les cas où les parties constituantes du pharynx sont atteintes, la difficulté de la déglutition est remarquable. On n'a rien trouvé dans les *urines* qui ait une valeur pratique réelle.

Il est remarquable qu'au milieu de ces accidens si terribles, l'intelligence reste intacte; c'est cependant ce que tous les observateurs ont noté.

Tels sont les symptômes du croup chez les enfans; je reviendrai sur leur succession et sur leur intensité, lorsque j'exposerai la *marche* et la *terminaison* de la maladie. Voyons maintenant les modifications que l'influence de l'âge apporte dans la même affection observée chez l'adulte.

Laryngite pseudo-membraneuse chez l'adulte. Chez les adultes, la maladie débute, plus constamment que chez l'enfant, par le mal de gorge et la gêne de la déglutition, dus à l'inflammation couenneuse du pharynx. Lorsque la fausse membrane a envahi le larynx, il survient de la douleur, de la dyspnée, de l'anxiété, une altération notable de la voix; mais, ainsi que l'a constaté M. Louis (*Parallèle du Croup chez l'enfant et chez l'adulte;* Mémoires, etc., p. 242), il y a rarement des accès de suffocation, même dans les dernières heures de l'existence. Cette remarque est confirmée par les observations de croup chez des adultes, recueillies par MM. Horteloup (*Obs. de Croup chez l'adulte*, Thès. Paris, 1828), Filleau et Engaz (*Croup chez l'adulte*, Journ. de Méd., tom. XIV, p. 139), Charcelay (*Rec. des trav. de la Soc. d'Indre-et-Loire*), H. Lynch, W. Dawson, Lewis (*The Lancet*, vol. I, p. 70 et 409), Renard (*Bibl. med.*, t. XLVII, p. 75); Gandy (*Bibl. med.*, t. XXVI). Il faut en dire autant de l'absence fréquente de la respiration sibilante chez les adultes, notée avec soin par M. Louis. On voit en effet que sur 9 observations empruntées aux auteurs que je viens de citer, trois fois seu-

lement la respiration a été sifflante, ce qui n'a eu lieu qu'assez tard, et une fois même la veille de la mort. Telles sont les différences qui méritent d'être mentionnées. J'ajouterai que M. Louis pense, et cette opinion est très-admissible, que l'intensité moindre de quelques symptômes doit être attribuée à l'état de maladie dans lequel se trouvent les adultes attaqués du croup.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

La laryngite pseudo-membraneuse est une maladie essentiellement aiguë, et dont la marche est toujours plus ou moins rapide. On a vu qu'elle présentait des exacerbations violentes auxquelles on a donné le nom d'*accès*. Ces *accès* ont vivement fixé l'attention des auteurs, qui s'accordent à les regarder comme plus fréquens le soir et la nuit que dans la journée. Dans 11 cas où leur apparition a été remarquée, dix fois en effet il est dit que les accès revenaient principalement la nuit. C'est souvent au milieu du sommeil qu'a lieu l'invasion de l'accès; alors le réveil est effrayant : l'enfant, saisi par une oppression imprévue, exprime sa terreur par ses regards et la contraction de la face; puis tous les symptômes de l'accès se manifestent avec une *intensité* variable. Ordinairement le premier est moins violent que le second, et ainsi de suite, jusqu'à ce que la maladie soit arrivée à son dernier terme; car alors la suffocation, l'anxiété, tous les signes de l'asphyxie deviennent presque continus, et non-seulement on a de la peine à distinguer une différence dans les accès, mais encore on constate difficilement de véritables accès. Chez les adultes, ces accès de

suffocation sont beaucoup plus rares et beaucoup moins marqués que chez les enfans.

On a divisé la marche de la maladie en deux, trois et même cinq périodes. M. Guersant, qui en admet trois, fait une première période du *début* lui-même, puis divise en deux le reste du cours de l'affection. Il y a sans doute quelques modifications dans la physionomie de cette maladie, suivant qu'on la considère à une époque plus ou moins avancée de son cours, mais ces modifications ne m'ont pas paru assez tranchées pour motiver une division systématique.

Suivant les auteurs, la laryngite pseudo-membraneuse a une *durée* de trois à douze jours. Chez les adultes observés par M. Louis, la mort survint du sixième au huitième jour, et du troisième au neuvième chez ceux dont MM. Horteloup, Filleau et Lynch ont recueilli l'histoire. Les cas qui se trouvent hors de cette limite doivent être considérés comme exceptionnels.

Quelques auteurs ont cité des exemples de *croup chronique*. Ainsi F. Home (*loc. cit.*) rapporte qu'un enfant de cinq ans eut, pendant un an, une toux avec expectoration sanguinolente, qui amena, à trois reprises différentes, l'expulsion de lambeaux pseudo-membraneux. J. Frank dit avoir vu un homme de trente ans qui, après avoir eu la syphilis, éprouva pendant trois mois des douleurs continuelles au larynx, avec toux, enrouement, fièvre, etc. Cet état dura jusqu'à ce que le malade rendît, après un violent accès de toux, une fausse membrane longue de 8 centimètres, et large de 3 centimètres. Je pourrais citer quelques autres exemples semblables, mais ils

ne sont pas plus concluans que ceux-ci, contre lesquels s'élèvent de fortes objections. Dans le cas cité par F. Home, le lambeau rendu n'était-il pas un caillot décoloré, polypiforme? Dans celui de J. Frank, la fausse membrane rendue par le malade ne s'était-elle pas formée dans les derniers temps d'une laryngite chronique? Ces objections ont porté la plupart des médecins à rejeter le croup chronique. Disons que des doutes nombreux s'élèvent sur son existence, et que, si une observation plus complète vient la démontrer, les cas de ce genre devront être regardés comme tout à fait exceptionnels [1].

La *terminaison* de la maladie est bien souvent funeste. Lorsqu'il doit en être ainsi, l'enfant tombe dans un assoupissement dont il est fréquemment tiré par la suffocation qui le tourmente; il devient presque insensible à tout ce qui se passe autour de lui; le pouls, et c'est là un signe d'une grande valeur, ne diminue pas, ou même augmente notablement de fréquence, tandis qu'il devient petit, serré, filiforme, et enfin le malade s'éteint après une agonie plus ou moins longue, ou bien il expire au milieu d'un accès violent de suffocation.

Si la terminaison est heureuse, en l'absence de toute opération, la toux perd son âpreté; l'inspiration est moins sifflante; les efforts du malade détachent plus facilement la fausse membrane; le râle muqueux, qui n'est plus masqué par le sifflement

[1] Je ne crois pas que les cas cités par M. Andral (*Cliniq. med.*, vol. IV, pag. 190; 1834) soient plus concluans. Il s'agit en effet de laryngites pseudo-membraneuses survenues chez des phthisiques; mais combien de temps avant la mort? C'est là la question. Tout porte à croire que ces cas ne diffèrent pas de ceux qui ont été cités par M. Louis.

laryngien, se manifeste à l'auscultation; les accès de suffocation deviennent moins intenses, plus rares, et finissent par disparaître; le pouls ne s'accélère pas, garde sa force ou la reprend s'il l'avait perdue, et en peu de jours toutes les fonctions se rétablissent.

La laryngite pseudo-membraneuse peut compliquer plusieurs maladies, et M. Guersant (*loc. cit.*) a consacré un long passage à ces *complications*. Quant à moi, je me bornerai à indiquer plus loin les complications du croup qui ont de l'intérêt sous le rapport pratique.

§ V. — Lésions anatomiques.

Dans ces derniers temps, les auteurs se sont longuement étendus sur la description des lésions organiques de la laryngite pseudo-membraneuse. Sans entrer dans tous les détails qu'ils nous ont donnés, et qui seraient superflus dans un ouvrage pratique, je vais présenter un résumé complet de leurs recherches.

1°. On trouve dans le larynx une fausse membrane qui en tapisse la cavité. Quelquefois il n'existe que des lambeaux pseudo-membraneux sur quelques points de la muqueuse laryngienne, et surtout à la face postérieure du cartilage thyroïde.

2°. Il est rare que la concrétion pseudo-membraneuse soit bornée au larynx. D'une part, elle existe souvent encore, au moins en partie, dans le pharynx et même dans les cavités nasales où on l'avait vue apparaître; et, de l'autre, elle se prolonge dans la trachée, que le plus souvent elle a envahie secondairement : chez les adultes observés par

M. Louis (*loc. cit.*, pag. 339), la fausse membrane occupait, après la mort, toute l'étendue des organes qui viennent d'être mentionnés. C'est ce qui avait également lieu presque toujours chez les enfans traités par M. Bretonneau (*loc. cit.*, *passim*). Dans les observations recueillies par M. Hache, il n'y eut de fausses membranes sur les amygdales que dans la moitié des cas. Ce sont là des différences qu'il importait de noter.

3°. La fausse membrane est d'un blanc grisâtre, quelquefois jaune ou brunâtre et sanieuse, lorsqu'elle a pris un aspect gangréneux, comme dans les cas cités par M. Bretonneau. Sa *consistance* est variable, mais ordinairement elle est assez forte, et on peut constater une élasticité marquée en cherchant à en étendre doucement un lambeau. Son *épaisseur* varie aussi beaucoup; quelquefois très-mince, elle peut acquérir une épaisseur de 3 millimètres. Lorsqu'elle n'a pas été détachée pendant la vie, pour être remplacée par une nouvelle, elle est d'autant plus épaisse qu'elle est plus ancienne. C'est ce qui a été démontré par M. Louis (*loc. cit.*, p. 239). Son *adhérence* varie suivant les points où on l'examine, et aussi suivant les circonstances de la maladie et le traitement. Tantôt des lambeaux membraneux, en partie détachés, flottent dans un mucus aéré ou puriforme; tantôt la fausse membrane a partout un certain degré d'adhérence; tantôt enfin, adhérente dans quelques points, elle est détachée dans d'autres. Le maximum d'adhérence se trouve ordinairement vers les ventricules du larynx et la partie supérieure de la trachée. Lorsque la membrane est adhérente à la trachée, elle présente à sa surface

externe des points rouges observés par MM. Guersant et Blache, et qui sont, d'après ces auteurs, le commencement des linéamens vasculaires constatés par les préparations de Soemmering; ce qui rapproche cette fausse membrane des fausses membranes organisables des cavités séreuses. M. Boudet a cité un fait de ce genre.

4°. Voici les résultats de l'analyse chimique de la fausse membrane : Elle est durcie et crispée par les acides sulfurique, nitrique et hydrochlorique affaiblis, et dissoute par l'acide acétique, l'ammoniaque liquide, les solutions alcalines. Par l'incinération, on en retire du sulfate de chaux et du carbonate de soude.

5°. L'ouverture de la glotte est plus ou moins complétement bouchée, suivant l'épaisseur plus ou moins grande de la fausse membrane. Mais il ne faut pas croire que l'occlusion complète de la glotte soit nécessaire pour causer la mort, car dans bon nombre d'autopsies, l'état de cette ouverture a paru offrir un passage assez libre à l'air, malgré la présence de la production morbide.

On a cherché encore à établir d'une manière plus précise le siége de la fausse membrane, on a aussi recherché son mode de formation, etc.; mais ces détails, très-intéressans d'ailleurs, n'ont point de véritable importance pratique.

§ VI. — Diagnostic; pronostic; récidives.

Avant d'aborder le diagnostic différentiel de la laryngite pseudo-membraneuse, je dois discuter quelques questions intéressantes.

On a vu plus haut que, d'après les observations

les plus précises, on ne pouvait pas établir de différences de nature entre l'angine pharyngienne pseudo-membraneuse et la laryngite dont il est ici question. Tout en effet leur est commun, excepté le siége, et de plus elles procèdent très-fréquemment l'une de l'autre. C'est une vérité aujourd'hui admise, et contre laquelle ne sauraient prévaloir les objections de quelques auteurs, parmi lesquelles je mentionnerai celles du docteur J. Cheyne (*the Cyclop. of pract. Med.*, vol. I, p. 499). Ce médecin ne conçoit pas qu'on ait pu regarder comme identiques ces deux affections, non pas parce que leur siége principal est différent, mais parce que 1° l'une est causée par le froid, et l'autre par la contagion; 2° l'une est purement inflammatoire, et l'autre de nature typhoïde; 3° la première réclame un traitement antiphlogistique, et la seconde les stimulans locaux les plus énergiques, les médicamens toniques et les cordiaux. Je n'ai cité ce passage que pour faire voir combien sont faibles les objections adressées à un des plus importans résultats de l'observation moderne; car, bien que M. Bretonneau lui-même ait cité bon nombre d'auteurs qui, avant F. Home, avaient entrevu la vérité, il faut reconnaître que c'est à ses habiles recherches qu'on a dû la démonstration complète, et des caractères propres de l'angine pharyngienne diphthéritique, et de son identité avec l'angine laryngienne pseudo-membraneuse. Cependant, comme s'il craignait d'aller trop loin, M. Bretonneau se demande (*loc. cit.*, pag. 281) s'il ne pourrait pas se développer dans le larynx des concrétions de nature *non diphthéritique*. Mais en examinant attentivement les faits, on ne tarde pas à

voir que toutes les pseudo-membranes développées dans le larynx sont de même nature, et qu'il n'existe entre elles aucun signe distinctif de quelque valeur. Cette opinion a été, au reste, parfaitement établie par M. Bricheteau (*loc. cit.*, pag. 335). Ces deux maladies ne diffèrent donc, je le répète, que par leur siége. Mais comme, d'une part, la différence du siége est capitale, et que, de l'autre, la diphthérite peut être bornée au larynx, le médecin, tout en reconnaissant que l'angine pharyngienne et la laryngite pseudo-membraneuse sont de même nature et se confondent fréquemment entre elles, doit en faire deux maladies distinctes et les étudier avec soin séparément.

La laryngite simple aiguë peut-elle dégénérer en laryngite pseudo-membraneuse? en d'autres termes, ces deux affections doivent-elles être distinguées l'une de l'autre, ou ne sont-elles que deux degrés divers de la même maladie? Voilà encore une question qui a divisé les esprits, et que néanmoins il est facile de résoudre par les faits. Si la laryngite simple aiguë n'était qu'un premier degré de la laryngite pseudo-membraneuse, dès que la première de ces deux maladies acquerrait une certaine intensité, il y aurait production d'une fausse membrane. Or c'est ce qui n'a pas lieu, car on trouve un assez bon nombre de faits, et j'en ai indiqué plusieurs (*voy.* p. 207) où la laryngite simple étant assez violente pour causer la mort, et ayant une assez longue durée, il n'y a point eu la moindre trace de fausse membrane. D'un autre côté, on pourrait citer bien des cas où l'inflammation s'est annoncée, dans le croup, par des symptômes très-peu intenses, quoiqu'une fausse

membrane fort épaisse se soit produite et reproduite à plusieurs reprises. Ce sont là, je pense, des raisons suffisantes pour regarder les deux affections comme différentes dès l'origine : dans l'une et dans l'autre, il y a une inflammation; mais cette inflammation est toute spécifique dans la laryngite pseudo-membraneuse. Ce que je viens de dire à l'occasion de la laryngite simple s'applique également à la *laryngite striduleuse*, qui n'est, ainsi qu'on l'a vu, qu'une laryngite simple avec accès très-violens de suffocation.

Après ces considérations, qu'il était important de présenter parce que la manière dont on a envisagé les faits, sous ce rapport, a eu une grande influence sur la pratique, je vais entrer dans les détails du diagnostic différentiel.

Les maladies avec lesquelles on peut, au moins dans certaines circonstances, confondre la laryngite pseudo-membraneuse, ont leur siége dans le pharynx, dans le larynx, dans la trachée, dans les bronches, et, d'après quelques observations, dans le thymus.

1°. *Maladies qui ont leur siége dans le pharynx.* Il est rare que l'*angine pharyngienne simple* acquière une intensité assez grande et produise une gêne de la respiration assez considérable pour rendre possible une confusion entre cette maladie et celle qui nous occupe. Cependant on voit des cas où le gonflement extrême des amygdales occasionne un certain degré de suffocation et une altération notable de la voix. C'est principalement lorsque l'*amygdalite* se termine par un abcès, que surviennent ces accidens. On ne les attribuera pas à la laryngite

pseudo-membraneuse, si l'on considère que la suffocation est plus continue, qu'il n'y a pas d'accès bien marqués, que la voix n'est point éteinte, mais nasonnée et très-désagréable, que la toux n'existe pas, ou est rare, et que le gonflement extrême des amygdales, facile à apercevoir, rend parfaitement compte de tous ces symptômes.

Si je n'avais qu'à comparer la laryngite pseudo-membraneuse avec l'*angine de la même espèce* bornée au pharynx, ce que je viens de dire serait suffisant; mais quand il s'agit de ces deux affections, il se présente une question plus importante : *A quels signes reconnaît-on que l'inflammation diphthéritique reste bornée au pharynx ou a pénétré dans le larynx?* On le reconnaît à la suffocation extrême, aux accès, au sifflement de l'inspiration, aux quintes de toux, à l'extinction de la voix, qui n'existaient pas auparavant, et de plus, d'après les faits de MM. Gendron et Hache, au prolongement notable de l'expiration, dû à l'obstruction de la glotte.

2°. *Maladies qui ont leur siége dans le larynx.* Il semble d'abord qu'il doive être facile de distinguer la *laryngite simple* de la laryngite pseudo-membraneuse; mais quand on examine les faits, on ne tarde pas à se convaincre que ce diagnostic peut offrir de grandes difficultés. C'est, au reste, un point que j'ai traité en détail à l'article *Laryngite simple aiguë;* j'y renvoie le lecteur, me réservant seulement de reproduire le diagnostic dans le tableau synoptique.

La *laryngite striduleuse* mérite aussi d'être distinguée avec soin de la laryngite pseudo-membraneuse; mais j'ai également exposé le diagnostic dif-

férentiel de ces deux maladies (p. 292). Je n'y reviendrai pas ici; je me bornerai, comme pour la laryngite simple, à retracer le résumé de ce diagnostic dans le tableau synoptique.

On a indiqué un certain nombre de signes pour distinguer l'*œdème de la glotte* de la laryngite pseudo-membraneuse; mais ils sont loin d'avoir tous la même valeur. Voici comment on pourra se guider dans ce diagnostic : 1°. L'œdème de la glotte est le plus souvent, comme l'ont démontré MM. Trousseau et Belloc (*Traité de la Phthisie laryngée*, pag. 252 et suiv.), et plus récemment M. Bricheteau (*Archiv. gén. de Méd.*, nov. 1841, tom. XII, pag. 314), la suite de quelque ancien ulcère du larynx; les antécédens seront donc d'un très-grand secours dans ces cas. 2°. Lorsque l'œdème de la glotte est le résultat d'une inflammation, il se manifeste ordinairement dans la convalescence d'une maladie inflammatoire, comme Bayle l'a constaté maintes fois. 3°. La fièvre est ordinairement moins considérable dans la laryngite œdémateuse; les ganglions du cou ne sont pas ordinairement engorgés. 4°. Enfin la voix est rauque, difficile, mais elle n'est éteinte qu'aux derniers momens. Quant aux accès de suffocation, c'est à tort qu'on a dit qu'ils n'existent pas dans l'œdème; ils y sont peut-être plus marqués que dans le croup.

3°. *Maladies qui ont leur siége dans la trachée et dans les bronches.* Dans la trachée, nous trouvons la trachéite simple et la trachéite pseudo-membraneuse. Les signes distinctifs de ces deux affections, qui ont bien moins d'importance que les précédentes, seront indiqués lorsque le moment sera venu de

tracer leur histoire. Je ne parlerai point non plus ici du *catarrhe suffocant*, dénomination sous laquelle, comme sous celle d'*asthme de Millar*, on a désigné plusieurs maladies différentes; mais j'établirai le diagnostic de la laryngite pseudo-membraneuse et de la *bronchite capillaire purulente ou pseudo-membraneuse*, si bien décrite dans ces derniers temps.

Voici, d'après les faits publiés par les modernes observateurs, et en particulier par M. Fauvel dont j'ai déjà eu occasion de citer l'excellente thèse, comment on peut distinguer ces deux affections : La dyspnée de la bronchite capillaire générale est plus continue et plus grande encore que celle du croup; la respiration est courte, rapide, haletante, mais elle n'est point sifflante, comme dans la laryngite pseudo-membraneuse; la toux n'est pas sèche; la voix n'est pas éteinte : elle a son timbre normal; lorsqu'il y a expulsion de fausses membranes, elles sont parfois ramifiées comme les bronches; à l'auscultation, au lieu du sifflement qui masque le bruit vésiculaire, on entend un mélange de râles muqueux et sonores qui occupent une grande étendue de la poitrine. On voit qu'avec un peu d'attention le diagnostic est facile.

4°. Enfin l'*asthme thymique*, par les accès de suffocation qu'il cause, pourrait peut-être en imposer pour une laryngite pseudo-membraneuse; mais c'est un diagnostic qu'il faut renvoyer à l'histoire de cette espèce d'asthme encore peu connue en France; il n'a du reste qu'une importance médiocre.

Je passe donc immédiatement au tableau synoptique du diagnostic :

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1°. *Signes distinctifs de la laryngite pseudo-membraneuse et de l'angine tonsillaire intense.*

LARYNGITE PSEUDO-MEMBRANEUSE.	ANGINE TONSILLAIRE.
Accès de suffocation.	Suffocation *continue*.
Voix sourde, *éteinte*.	Voix *nasonnée*, désagréable.
Toux rauque, sèche.	Peu ou point de *toux*.
Amygdales souvent gonflées et couvertes d'une pseudo-membrane, mais laissant encore à l'air un libre passage.	*Amygdales* énormément tuméfiées, interceptant le passage de l'air.

2°. *Signes distinctifs de la laryngite pseudo-membraneuse et de l'angine pharyngienne pseudo-membraneuse.*

LARYNGITE PSEUDO-MEMBRANEUSE.	ANGINE PHARYNGIENNE PSEUDO-MEMBRANEUSE.
On peut voir parfois la fausse membrane *se prolonger vers le larynx*.	On peut voir quelquefois *une surface libre* entre la fausse membrane des amygdales et le larynx.
Voix *éteinte*.	Voix *nasonnée*.
Toux *sèche*, *rauque*.	Toux nulle ou *grasse*.

3°. *Signes qui annoncent que la fausse membrane, d'abord développée sur les amygdales, a gagné le larynx.*

La *suffocation* devient bientôt très-considérable.
De véritables *accès* se déclarent.
L'*inspiration* devient *sifflante*.
La *voix s'éteint*.
Il y a des *quintes d'une toux sèche*.
L'*expiration* est *prolongée*. (Gendron, Hache.)

4°. *Signes distinctifs de la larygite pseudo-membraneuse et de la laryngite aiguë intense* [1].

LARYNGITE PSEUDO-MEMBRANEUSE.	LARYNGITE SIMPLE.
Expectoration de crachats muqueux contenant souvent des lambeaux de fausses membranes laryngiennes.	*Expectoration* de crachats muqueux, filans, écumeux.
Inspection. Elle fait souvent reconnaître la présence de fausses membranes sur les amygdales.	*Inspection de la gorge*. Rien ou seulement un peu de rougeur et de turgescence de l'épiglotte.

[1] Ce diagnostic et le suivant ont déjà été présentés aux articles *Laryngite simple* et *Laryngite striduleuse;* mais comme ils sont très-importans, je ne crois pas faire un double emploi inutile en les reproduisant dans un lieu où le lecteur doit s'attendre à les trouver. Je n'agirai ainsi que pour les diagnostics indispensables.

Il est des cas où ce diagnostic est d'une extrême difficulté.

5°. *Signes distinctifs de la laryngite pseudo-membraneuse et de la laryngite striduleuse.*

LARYNGITE PSEUDO-MEMBRANEUSE.	LARYNGITE STRIDULEUSE.
Symptômes du début plus ou moins graves.	*Symptômes du début* très-légers.
Dans les *intervalles des accès*, symptômes toujours inquiétans.	Dans les *intervalles des accès*, absence presque complète de symptômes.
Souvent *engorgement* des ganglions du cou.	*Pas d'engorgement* des ganglions lymphatiques du cou.
Souvent expectoration de *fausses membranes*.	Pas d'expectoration de *fausses membranes*.
Souvent *fausse membrane* sur les *amygdales*.	Point de *fausse membrane* sur les *amygdales*.

6°. *Signes distinctifs de la laryngite pseudo-membraneuse et de la laryngite œdémateuse* (œdème de la glotte).

LARYNGITE PSEUDO-MEMBRANEUSE.	LARYNGITE OEDÉMATEUSE.
Antécédens. Survenue au milieu d'une santé parfaite, ou à la suite d'un exanthème.	*Antécédens*. Survenue dans le cours d'une laryngite ulcéreuse chronique, ou dans la convalescence d'une maladie aiguë quelconque.
Fièvre notable.	Peu ou point de *fièvre*.
Ganglions du cou *engorgés*.	*Ganglions* du cou non engorgés.
Voix *éteinte*.	Voix *rauque ou basse*.

7°. *Signes distinctifs de la laryngite pseudo-membraneuse et de la bronchite capillaire purulente ou pseudo-membraneuse.*

LARYNGITE PSEUDO-MEMBRANEUSE.	BRONCHITE CAPILLAIRE.
Dyspnée revenant par *accès* plus ou moins marqués.	*Dyspnée continue*, intense.
Inspiration sifflante; respiration s'exécutant avec effort.	*Inspiration* peu bruyante ou stertoreuse; respiration très-rapide, très-fréquente, courte, haletante.
Voix *éteinte*.	*Timbre normal* de la voix.
Rejet de *fausses membranes*, ayant la forme d'un large tube, ou plus souvent en lambeaux.	Rejet de *fausses membranes* ramifiées. (Signe pathognomonique, mais rare.)
Auscultation. *Sifflement* inspiratoire; faiblesse du bruit respiratoire.	*Auscultation*. *Râles* muqueux et sonores, abondans, et souvent très-étendus.

Le diagnostic que je viens de présenter n'a sans doute pas, dans chacune de ses parties, toute la précision que les recherches auxquelles on se livre incessamment finiront par lui donner; mais j'espère qu'on y trouvera l'expression fidèle de nos connaissances actuelles.

Pronostic. La laryngite pseudo-membraneuse est une des affections les plus graves qui menacent l'enfance. Il est même permis de dire d'une manière générale que cette affection est mortelle lorsqu'elle n'est pas traitée énergiquement. Néanmoins, parmi les auteurs qui ont étudié la maladie avec le plus de succès, il en est qui attribuent au croup une mortalité très-variable. Ainsi l'un évalue cette mortalité à la presque totalité des cas, l'autre à la moitié, l'autre à un neuvième seulement. Je ne citerai pas d'exemples, parce qu'il est évident que le plus ou moins grand nombre de laryngites striduleuses observées en même temps que la laryngite pseudo-membraneuse, est la véritable cause de ces variations. Depuis que la distinction est bien établie entre ces deux affections, la vérité de la proposition que j'ai émise plus haut a été démontrée. Il est d'ailleurs bien remarquable que dans les véritables épidémies où le vrai croup domine, la mortalité a toujours été énorme.

Il est donc inutile de chercher si dans les symptômes ou dans la marche de la maladie il y a quelques signes favorables ou défavorables. Nous verrons plus loin quelle est l'influence des divers traitemens.

Récidives. Avant qu'un diagnostic rigoureux eût fait distinguer la laryngite striduleuse de la laryngite pseudo-membraneuse, on regardait les récidives de

cette dernière affection comme fréquentes; mais depuis lors on n'en a pas cité, ainsi que le fait remarquer M. Guersant, un seul cas authentique. Faut-il une autre preuve que ces récidives appartenaient à la laryngite striduleuse? Ainsi donc, sans prétendre que les récidives du vrai croup sont impossibles, on peut dire qu'elles n'ont pas été observées, ou du moins que la science n'en possède pas d'exemples.

§ VII. — Traitement.

Le traitement de la laryngite pseudo-membraneuse est un des sujets les plus importans, mais en même temps les plus difficiles de la thérapeutique. Ce n'est pas que des hommes d'un grand talent ne s'en soient occupés, mais plusieurs causes ont tellement compliqué cette question, qu'il a été impossible d'arriver à des résultats aussi positifs qu'on doit le désirer en pareille matière. En première ligne il faut encore placer le peu de précision du diagnostic que la distinction établie par Wichmann et MM. Bretonneau et Guersant, entre la laryngite striduleuse et la laryngite pseudo-membraneuse, a pu seule faire disparaître. Comment, en effet, apprécier la valeur d'un moyen thérapeutique opposé indifféremment à une maladie qui tend naturellement à guérir : *la laryngite striduleuse*, et à une maladie presque constamment mortelle : *la laryngite pseudo-membraneuse ?* Encore si l'on pouvait toujours, dans les auteurs, démêler les cas de l'une et de l'autre, de manière à en connaître la proportion! Mais il n'en est rien, et l'absence des observations ou des détails les plus importans rend souvent toute tentative de ce genre infructueuse.

En second lieu, il est bien peu de cas dans lesquels le traitement ne soit pas très-compliqué. Ce n'est pas un reproche que j'adresse aux praticiens, car dans cette terrible maladie, qui oserait se priver d'un seul des moyens ayant pour eux une expérience plus ou moins solide ? mais ce n'est pas moins un grand obstacle aux recherches thérapeutiques, que cette multitude de remèdes divers mis en œuvre en même temps. Auquel peut-on ensuite attribuer la guérison ?

Pour surmonter autant que possible ces immenses difficultés, j'ai cherché à m'éclairer par l'étude des observations les plus détaillées, et dont le diagnostic n'avait rien de douteux. Voici le résultat de mes recherches :

1°. *Antiphlogistiques.* De tout temps la laryngite pseudo-membraneuse a été traitée par les *saignées* générales ou locales ; mais ce moyen de traitement a été très-diversement jugé. Dans le dix-septième siècle, ainsi que le fait observer M. Bretonneau, on avait peu de confiance dans les émissions sanguines, parce que l'on attribuait à la maladie un caractère septique ; mais plus tard, et surtout à l'époque du concours institué par Napoléon, on préconisa la saignée comme pouvant prévenir la formation de la fausse membrane. M. Bricheteau, qui a fort bien résumé nos connaissances sur le croup, à l'époque où il écrivait son Précis analytique, cite bon nombre d'auteurs qui se sont prononcés en faveur de ce moyen. Caillau en particulier (*loc. cit.*, pag. 125) le regarde comme un moyen *héroïque* : « Il est, dit-il, fermement persuadé que si l'on pratiquait toujours et à temps la saignée dès le début d'un croup in-

flammatoire, elle serait capable de le *juguler* dans son origine, ou de le faire avorter. » Des Essartz (*loc. cit.*, pag. 48) veut qu'on n'ait recours à la saignée que lorsqu'il y a un embarras considérable de la circulation pulmonaire. L'opinion de ces auteurs et celle de beaucoup d'autres que je pourrais citer, ne consiste guère que dans de simples assertions. M. de Lens a cité des cas dans lesquels les émissions sanguines ont été très-abondantes; mais comme en même temps il donnait l'émétique à haute dose, c'est un traitement mixte qui sera exposé plus tard.

Si maintenant nous consultons les médecins qui n'ont point de confiance dans ce moyen, ou qui ne le recommandent que dans des cas exceptionnels, nous trouvons d'abord Stearm, qui assure avoir guéri 48 malades sur 50 sans tirer du sang; mais ce nombre de succès, hors de toute proportion, est plus que suffisant pour faire douter de l'exactitude du diagnostic. Vient ensuite M. Bretonneau, qui d'abord avait une certaine confiance dans la saignée, la regardant comme propre à s'opposer aux progrès de la diphthérite, mais qui fut obligé de renoncer à cette manière de voir lorsqu'il lui fut démontré que dans aucun cas soumis à son observation, la formation de la fausse membrane n'avait été prévenue par la saignée. C'est surtout dans les épidémies que l'insuffisance de ce moyen lui a paru évidente. L'examen que j'ai fait d'un bon nombre d'observations m'a convaincu, comme M. Bretonneau, que la saignée, soit générale, soit locale, n'est point un moyen curatif puissant, et qu'il n'arrête pas d'une manière frappante les progrès de la maladie. Mais, combiné avec d'autres moyens, a-t-il pour sa

part quelque utilité? Il faudrait, pour répondre à cette question, avoir analysé des faits concluans et en assez grand nombre, ce qui n'est pas encore possible. Bornons-nous donc à dire que probablement la saignée a des avantages, et agit en calmant le mouvement fébrile, lorsqu'on en fait usage chez des sujets vigoureux et atteints du croup dans le cours d'une bonne santé. On ne peut en effet regarder comme une preuve convaincante du danger des saignées, un fait que cite M. Bretonneau (*loc. cit.*, pag. 223), et dans lequel une saignée locale très-abondante fut suivie d'une prompte extension de la diphthérite. Ce fait ainsi isolé n'a pas plus de valeur que celui qui a été cité par M. Guersant en faveur des émissions sanguines, et où un croup bien caractérisé guérit, quoique le traitement n'eût consisté qu'en une simple saignée. Ce dernier praticien est néanmoins sobre de la saignée, et ne l'emploie guère que pour prévenir les symptômes d'asphyxie dans les cas où, dès le début, la dyspnée est très-considérable.

Après ces considérations, faut-il demander quelle est la plus utile de la saignée locale ou de la saignée générale? Évidemment on ne peut pas répondre d'une manière positive à cette question. L'âge du malade et sa force déterminent ordinairement le praticien. Chez un sujet qui a plus de sept ou huit ans, qui est vigoureux et qui a beaucoup d'oppression, on emploie de préférence la saignée générale; chez un sujet faible ou très-jeune, c'est la saignée locale qu'on prescrit. Très-souvent on commence par une ou plusieurs saignées, et on applique ensuite des sangsues à la partie antérieure du cou : c'était la pratique de F. Home. Je ne chercherai pas à déterminer si la saignée générale a

plus d'efficacité suivant qu'on la pratique à la veine jugulaire ou aux veines du bras, parce que les faits sont entièrement insuffisans.

Mais il est une autre question qu'il serait bien plus important de pouvoir résoudre. Faut-il prescrire des émissions sanguines très-abondantes, de manière à jeter les malades dans une grande faiblesse et à provoquer même des lypothymies, ou bien doit-on se borner à des saignées modérées? Parmi les médecins qui se sont prononcés en faveur de la saignée jusqu'à la syncope, M. Bricheteau cite Bailey, Lyons, Dick, Reil et M. Cruveilhier. Cet auteur rapporte lui-même un cas dans lequel un écoulement de sang, dû à une application de sangsues, rendit le sujet presque exsangue, et où la guérison fut obtenue en peu de jours. Mais, même dans ce dernier cas, on peut douter du diagnostic, qui n'était pas alors aussi rigoureux qu'à présent. Il n'y a donc réellement pas possibilité de résoudre positivement cette question, et nous ne pouvons nous guider que par des considérations générales. Si nous nous rappelons que la maladie qui nous occupe ne survient guère que chez les enfans ou chez des adultes affaiblis par une maladie, nous devrons craindre d'ajouter à la faiblesse des sujets par la soustraction d'une quantité considérable de sang, et cela d'autant plus que l'efficacité des saignées abondantes n'est rien moins que prouvée. D'ailleurs il peut y avoir du danger à agir ainsi, abstraction faite de l'aggravation de la maladie; et s'il en fallait une preuve, on la trouverait dans le cas d'hémorrhagie mortelle cité par Vieusseux (*Journ. de Méd.*, tom. XII, pag. 436).

Albers et Duntze ont conseillé l'*artériotomie*;

quelques praticiens ont suivi leurs conseils, et ont cité des succès. Mais ici revient encore cette question capitale du diagnostic, qui met ces succès en doute. D'ailleurs on n'a pas fait connaître un seul cas dans lequel on se soit borné à ce moyen.

M. Bricheteau regarde les *ventouses scarifiées*, préconisées avant lui par Caillau (*loc. cit.*, p. 149), comme un excellent moyen trop peu employé en France. Mais les mêmes réflexions s'appliquent encore à cette proposition, bien qu'elle appartienne à un des médecins qui ont le mieux étudié le croup.

Ainsi, de quelque manière que nous envisagions ce point important de thérapeutique, nous n'arrivons qu'à de faibles probabilités : résultat peu surprenant, car l'étude des questions thérapeutiques ne peut être fructueuse, si elle ne s'appuie sur l'observation exacte et l'analyse numérique des faits, et, relativement au croup, on a généralement suivi (la question de la trachéotomie exceptée) les anciens erremens. M. Hache seul a recherché convenablement l'influence des diverses médications; mais malheureusement les faits qu'il a recueillis sont trop peu nombreux pour donner des résultats positifs. Dans ce commencement de statistique, qu'on doit vivement désirer de voir continuer, les émissions sanguines n'ont paru avoir aucune action favorable, à quelque époque de la maladie qu'on les ait pratiquées, et quelle qu'ait été leur abondance.

Émolliens ; adoucissans. Ces moyens ne peuvent être rangés que dans la classe des adjuvans; on y attache généralement, et avec raison, une faible importance. Ils consistent en une tisane adoucissante, des cataplasmes autour du cou (Jurine, De Lens, etc.),

des fomentations émollientes, des embrocations huileuses. Bon nombre de praticiens, et en particulier Jurine, recommandent les *bains tièdes* et même les *bains de vapeur*. Ces derniers moyens auraient des inconvéniens, si on n'avait pas grand soin de préserver les malades de l'action du froid, et de plus ils pourraient provoquer les accès de suffocation.

Vomitifs. Les vomitifs ont de tout temps été vantés dans les angines. Il est bien peu d'observations où ils ne jouent un rôle important. En aurons-nous plus de facilité pour déterminer quelle part il faut leur accorder dans les guérisons de croup confirmé, que la science possède? C'est ce que va nous apprendre l'examen des documens qui nous sont fournis par les auteurs.

Émétique. Je n'ai trouvé que deux observations de croup avec production évidente de fausse membrane[1] dans lesquelles on n'ait employé pour tout médicament actif que l'émétique, ou bien l'émétique uni à l'ipécacuanha et à l'application de quatre sangsues, ce qui ne change pas sensiblement la médication. Ces deux cas ont eu une terminaison favorable. Dans sept autres cas de guérison, où l'émétique a été donné à des doses très-variables, on a en même temps mis en usage un grand nombre d'autres moyens, tels que le calomel, les purgatifs, les vésicatoires, etc.; en sorte que l'appréciation devient très-difficile.

Cependant voici quelques résultats assez remarquables que j'ai obtenus en examinant un certain

[1] Je suis obligé de faire cette distinction à cause des nombreux cas de laryngite striduleuse qu'on trouve confondus avec le croup, dans les ouvrages publiés sur cette maladie.

nombre de faits : Dans 53 cas[1], on a employé 31 fois, comme médications principales, l'émétique et l'ipécacuanha, et il y a eu 15 guérisons, c'est-à-dire près de la moitié, tandis que dans les 22 autres, où les vomitifs n'ont été donnés qu'avec parcimonie, il n'y a eu qu'une seule guérison : différence énorme, qui, malgré le petit nombre des observations, me paraît être plus qu'une simple coïncidence. Je suis d'autant plus porté à y voir une preuve de l'efficacité de ce médicament, qu'en envisageant les faits sous un autre point de vue, on arrive à un résultat qui se rapproche beaucoup du précédent. Parmi les 31 sujets qui ont été traités par les vomitifs énergiques, 26 ont rendu des fausses membranes dans les efforts de vomissement, et, de ce nombre, 15 ou près des $^3/_5$ ont guéri. Les 5 autres, au contraire, n'ont pas rendu un seul fragment de fausse membrane, et ils sont tous morts. Restent maintenant les 22 sujets chez lesquels les vomitifs n'ont été employés que d'une manière timide, et comme médication secondaire. De ce nombre, 2 ont rejeté des fausses membranes, et un a guéri ; les 20 autres n'ont pas rendu de lambeaux pseudo-membraneux, et *ils sont tous morts.* Voilà des faits bien dignes de remarque.

Mais ce n'est pas en étudiant ainsi la question qu'on a acquis une si grande confiance dans les vomitifs,

[1] *Voy.* Double, obs. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 ; Lobstein, obs. 1, 4, 5, 6, 7, 8, 11 ; Rosen, obs. 6, 7, 8, 9, 10 ; Home, obs. 7, 8, 9, 10, 11 ; Terrade, obs. 1, 2 ; Blaud, obs. 3, 6 ; Poussin, obs. 1, 2, 3 ; Brousse, obs. 1, 2 ; Hastron, obs. 1, 2, 3 ; Ferrand, obs. 1, 2, 3, 4 ; Valentin, obs. 4 ; Deville, obs. 2 ; et Martin, Dancy, Schmidt, Lévêque-Lasource, Gayot, Rogery, Saissy, Levrat, Ehrmann, etc., chacun une observation.

et surtout dans l'émétique; c'est par l'observation de ce qui se passe dans le cours de la maladie. En voyant les efforts de vomissement, naturels ou provoqués, donner si fréquemment lieu à l'expulsion de fausses membranes; en observant le calme plus ou moins durable, et quelquefois même la guérison qui suivait cette expulsion, on a été conduit à attribuer la guérison aux vomitifs (*voy.* Réallier : *Du tartre stib.*, etc., p. 297 et suiv.; Paris, 1832); or, comme c'est le tartre stibié qui est le plus fréquemment employé, c'est à lui qu'on a dû rapporter l'honneur de la cure. Tout nous porte donc à placer l'émétique au nombre des médicamens auxquels on doit le plus se hâter de recourir. Toutefois je dois ajouter que M. Hache, qui a rigoureusement observé, n'a pu, dans les 8 cas dont il a recueilli l'histoire, découvrir le moindre signe d'amélioration après l'emploi de l'émétique; mais il observait à l'hôpital des Enfans, c'est-à-dire au milieu de circonstances hygiéniques peu favorables, et ces cas négatifs, bien que limitant la confiance qu'on doit avoir dans le tartre stibié, ne détruisent pas les faits positifs cités plus haut.

A quelle *dose* faut-il donner le tartre stibié? Dans les observations que j'ai sous les yeux, cette dose a varié de 5 à 15 centigrammes par jour; mais on sent que l'âge des sujets est une grande considération en pareille matière. Voici les doses que l'on pourra prescrire :

De un à trois ans :

℞ Émétique........................ 0,05 grammes.
Eau.............................. 60 grammes.
Sirop de sucre................... 20 grammes.
M.

A prendre par cuillerées, de quart d'heure en quart d'heure.

De trois à six ans :

℞ Émétique	0,10	grammes.
Eau	60	grammes.
Sucre	20	grammes.

M.

A prendre comme la précédente.

Au-dessus de six ans :

Porter à 0,15 grammes la dose de l'émétique dans la même quantité de véhicule.

Il ne faut pas s'arrêter dans l'administration du médicament, lorsque l'on voit survenir les premiers vomissemens ; car c'est souvent leur persistance qui a provoqué l'expulsion des fausses membranes.

M. De Lens (*Bibl. méd.*, t. LXVI, p. 75 ; 1820) est un des médecins qui ont le plus préconisé l'émétique à haute dose ; et si je n'en ai pas encore parlé, c'est parce que ce praticien n'emploie pas l'émétique seul, mais associé aux saignées abondantes. Je vais maintenant exposer sa méthode :

Saignées abondantes et émétique combinés.

TRAITEMENT DE M. DE LENS.

1°. Appliquez sur les deux côtés du larynx de 2 à 12 sangsues, suivant l'âge du sujet (ce dernier nombre ne devant être employé que chez les adolescens). Laissez couler le sang assez longtemps pour qu'il en résulte un affaissement considérable et même une véritable défaillance. Renouvelez les sangsues chaque jour, pendant tout le temps que le danger persiste.

2°. En même temps que vous appliquez les sangsues, donnez l'émétique[1], soit aux doses précédemment indiquées, soit à des doses plus élevées ; mais ayez soin d'en continuer

[1] M. De Lens n'indique pas les doses.

l'administration sans interruption pendant tout le cours de la maladie.

3°. Entourez tout le cou de cataplasmes émolliens.

4°. Deux ou trois fois par jour, des demi-lavemens d'eau saturée de sel marin.

M. De Lens, après avoir exposé ce traitement qu'il employait, autant que possible, au début même de la maladie, ajoute qu'il a *réussi dans les cinq cas où il l'a mis en pratique.* On sent de quelle importance il serait de connaître les cinq observations, pour en apprécier la valeur sous le point de vue du diagnostic, peu rigoureux à l'époque où écrivait l'auteur; mais bien qu'il ait promis de les publier plus tard, je les ai vainement cherchées dans la *Bibliothèque médicale* et dans les autres recueils, en sorte que nous avons la méthode sans avoir la mesure exacte de son efficacité.

Hufeland avait la plus grande confiance dans le vomitif, et voici la formule qu'il employait (*voyez Journ. de Méd. et de Chir. prat.*, t. III, p. 23) :

POTION VOMITIVE DE HUFELAND.

℞ Tartre stibié	0,05	grammes.
Poudre d'ipécacuanha	1,25	grammes.
Sirop de framboise } Oxymel scillitique }	ââ 15	grammes.
Eau distillée	30	grammes.

A prendre par cuillerées à café tous les quarts d'heure.

La formule employée par Albers, de Bremen, est encore plus compliquée; la voici telle qu'on la trouve dans le *Journal de Chimie médicale* :

FORMULE D'ALBERS.

℞ Camphre	0,025	grammes.
Émétique	de 0,05 à 0,10	grammes.

Vin d'ipécacuanha	2	grammes.
Mucilage de gomme arabique	8	grammes.
Sirop de guimauve	25	grammes.
Eau distillée	60	grammes.

M.

A prendre par cuillerées à café tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures, suivant les cas.

Dans l'intervalle, faites boire de l'eau sucrée ou un mélange d'eau et de lait.

Je pourrais multiplier ces formules, mais il n'y aurait aucun profit réel. Il est facile de voir que l'émétique en est la substance vraiment agissante, et que l'ipécacuanha ne sert que d'adjuvant. Quant au camphre, Albers l'employait pour combattre le spasme supposé; mais aujourd'hui les idées ont changé sur ce point, et on regarde le camphre comme inutile.

Pour terminer ce qui est relatif à l'emploi de l'émétique, j'ajouterai que MM. Delaroque (*Bulletin thérap.*) et Marrotte (*Gazette médic.*; janv. 1842) ont cité des cas, sinon de laryngite pseudo-membraneuse confirmée, du moins de pharyngite pseudo-membraneuse tendant à envahir le larynx, qui ont promptement cédé à l'action de l'émétique donné à haute dose et administré sans relâche.

L'*ipécacuanha* a été rarement administré seul comme vomitif. Le plus souvent, comme on l'a vu dans les formules précédentes, on l'a associé à l'émétique, et Des Essartz surtout n'a jamais négligé cette association. Voici la préparation la plus simple donnée par ce praticien, car il est inutile de présenter la formule de son *sirop contre la toux des enfans*, embarrassée de plusieurs substances sans efficacité réelle :

FORMULE DE DES ESSARTZ.

℞ Eau chaude........................ 30 grammes.
Émétique........................ 0,10 grammes.
Miel blanc........................ 10 grammes.
Ajoutez, après avoir mêlé ces substances :
Ipécacuanha réduit en poudre impalpable. 0,60 grammes.
Eau de fleurs d'orangers........................ 4 grammes.
M. exactement.
Conservez pour l'usage; agitez la bouteille toutes les fois que vous voudrez employer le médicament.

Doses. Avant un an........................ ½ cuillerée à bouche.
à deux ans........................ ¾ de cuillerée.
à un âge au-dessus........................ 1 cuillerée.
Renouveler cette dose tous les quarts d'heure, jusqu'à ce que la respiration devienne libre.

Il est évident que nous ne pouvons attribuer à l'ipécacuanha aucune vertu particulière contre la maladie dont il s'agit.

On a joint aussi à l'ipécacuanha le *kermès minéral*, mais toujours à des doses trop faibles pour qu'on puisse lui accorder une action bien grande. Je me bornerai donc à indiquer la formule employée par le docteur Dancy (*Journ. de Méd.*, tom. XXI, pag. 93; févr. 1811):

℞ Eau bouillante........................ 60 grammes.
Versez-les sur
Racine d'ipécacuanha........................ 0,80 grammes.
Laissez infuser pendant vingt minutes.
Ajoutez :
Kermès minéral........................ 0,10 grammes.
Sirop de tolu........................ 15 grammes.
M.
A prendre par cuillerées à bouche, de quart d'heure en quart d'heure.

Sulfate de cuivre. J'ai déjà eu occasion de parler de ce médicament à propos de la laryngite striduleuse, et j'ai fait voir alors que le plus grand

nombre des succès obtenus par son emploi étaient des guérisons de pseudo-croup. Il est pourtant quelques cas où l'on ne peut pas méconnaître l'existence du vrai croup, et qui ont eu une issue heureuse sous l'influence du sulfate de cuivre. Je ne citerai pour exemple que la première observation du Mémoire de M. Droste (*Heidelbergische klinische Annalen;* 1834), où se trouve constatée l'expulsion d'une pseudo-membrane rendue en masse pendant le premier vomissement provoqué par le sulfate de cuivre. Or, si l'on se rappelle ce qui a été dit à l'occasion de l'émétique, on ne doutera pas que le sulfate de cuivre ayant produit cet effet favorable, n'ait amplement contribué à la guérison.

Mais le sulfate de cuivre n'agit-il que comme vomitif, ou bien a-t-il en même temps une action spécifique? La plupart des médecins qui l'ont employé admettent sans hésiter l'existence de cette double action. Voici comment le docteur Frelitz (*Journ. de Hufeland*, traduit dans le *Journal de Méd. et de Chir. prat.*, tom. II, p. 310; 1831) explique cette double action : « C'est alors (lorsque la pseudo-membrane est formée) que le vomissement par le sulfate de cuivre agit d'une manière miraculeuse, non-seulement en évacuant la lymphe coagulée qui vient transsuder et s'accumuler dans les bronches, mais encore en agissant d'une manière particulière sur la sensibilité des nerfs des poumons et du larynx, en la changeant, et en produisant pour ainsi dire une contre-irritation dans l'estomac et dans les intestins, et en excitant une espèce de crise par les sueurs, ou en arrêtant le travail de la transsudation. » Il est facile de voir que

cette explication pourrait tout aussi bien s'appliquer aux effets de tout autre vomitif puissant, et que les choses se passent de la même manière lorsque l'on administre des doses élevées de tartre stibié. Mais ce qui doit nous faire penser, avec Gittermann, que le sulfate de cuivre n'agit réellement pas d'une manière spécifique, c'est que ces succès ont eu lieu précisément dans les mêmes circonstances que les succès dus à l'émétique, c'est-à-dire lorsqu'on a pu obtenir, par le vomissement, l'expulsion du produit morbide.

Plusieurs praticiens allemands, parmi lesquels il faut citer les docteurs Frelitz, Serlo, Malin (*Journ. de Hufeland*, janv. 1834), ont adopté cette médication, et l'ont beaucoup préconisée. Malheureusement, ainsi que l'a fait sagement observer le rédacteur des *Archives* (tom. VII, 2e série, pag. 126), on n'a point analysé les faits, et on n'a pas indiqué le nombre des guérisons et des morts, en sorte que toute appréciation exacte de ce moyen est impossible. En France, on pense que son administration est dangereuse; mais, comme je l'ai déjà fait remarquer dans l'histoire de la laryngite striduleuse, les faits prouvent que cette crainte est exagérée, car en se renfermant dans les doses prescrites, on n'a jamais causé d'accidens.

M. Frelitz (*loc. cit.*, pag. 310) veut qu'on n'ait jamais recours qu'à de très-petites doses de sulfate de cuivre au début de la maladie, et qu'on attende, pour le donner à dose vomitive, la formation de la pseudo-membrane; M. Droste, au contraire, le prescrit à dose vomitive dès le premier jour. Cette dernière manière n'a jamais eu d'inconvé-

niens. On trouvera les doses dans les *ordonnances*.

Purgatifs. Les purgatifs plus ou moins violens ont été employés par un grand nombre de praticiens; mais ce moyen, qui peut avoir un certain degré d'utilité, n'a jamais été employé seul, et on ne peut lui attribuer aucun cas de guérison; c'est donc un adjuvant qui trouvera sa place dans les ordonnances, et sur lequel il serait peu utile d'entrer dans de plus longs détails.

MÉDICAMENS AUXQUELS ON ATTRIBUE UNE CERTAINE VERTU SPÉCIFIQUE.

Sulfure de potasse. Ce médicament a été très-fréquemment employé dans la laryngite pseudo-membraneuse, et on lui a tour à tour accordé une grande efficacité, ou attribué des inconvéniens réels. Parmi les nombreux auteurs qui l'ont le plus chaudement recommandé, il faut citer Lobstein et le professeur Fritze, de Magdebourg[1]; mais une remarque générale domine cette question : a-t-il été démontré, par un diagnostic rigoureux, qu'il s'agissait bien réellement, dans les cas traités par cette substance, du vrai croup, de la laryngite pseudo-membraneuse? Après avoir parcouru avec attention les observations publiées partout, on peut répondre hardiment que, dans l'immense majorité des cas de guérison, si ce n'est dans tous, il n'existait qu'une simple laryngite striduleuse. Ici la gravité apparente de la maladie dès le début, l'intensité extrême des symptômes locaux sans symptômes généraux bien tranchés, et la disparition souvent très-rapide de

[1] Voyez sa méthode (qui du reste est compliquée) dans le *Journal de Méd. et de Chirurg. pratiques*, tom. II, pag. 78.

tous ces accidens, circonstances qu'on a fait valoir en faveur du médicament, doivent au contraire nous confirmer dans l'opinion qui vient d'être avancée, surtout si nous considérons qu'il n'y a point expulsion de fausses membranes; et de là vient précisément que les médecins dont le diagnostic est basé sur les nouvelles recherches n'ont eu nullement à se louer de l'emploi de cette substance.

D'un autre côté, le foie de soufre n'est pas, à beaucoup près, un médicament innocent, et quelques précautions que les médecins qui le conseillent apportent dans son administration, ils en redoutent l'action délétère. Cette considération, jointe aux précédentes, doit nous faire renoncer à l'emploi d'un remède dangereux et dont rien ne prouve l'utilité, jusqu'à ce que des preuves plus positives de son efficacité nous soient fournies par d'autres observations.

Pour ces raisons, il est inutile de rappeler ici les doses auxquelles on a administré le sulfure de potasse; le lecteur les trouvera à l'article *Laryngite striduleuse.*

Polygala. Une autre substance qui a joui d'une grande réputation, est le *polygala senega.* Ce médicament, mis d'abord en usage par Archer, du comté de Hardfort, dans le Maryland, fut bientôt adopté par une foule de praticiens; mais les expériences nombreuses qui ont été faites dans tous les pays ne sont guère de nature à porter la conviction dans un esprit sévère. Archer administrait, en même temps que le polygala, le calomel, les diaphorétiques, l'*émétique*, et ordinairement même il commençait le traitement par la saignée. Or, cet exemple ayant

été suivi par tous les médecins qui ont fait usage de ce moyen, comment faire la part de la substance expérimentée? On peut lire à ce sujet les réflexions très-sages de M. Bricheteau (*loc. cit.*, p. 406), qui n'accorde au polygala senega qu'une action semblable à celle des préparations scillitiques, bien différent en cela de Caillau, qui le place parmi les moyens héroïques!

Cependant il faut remarquer que le polygala senega a une action vomitive et purgative assez prononcée, et que, sous ce rapport, il se rapproche du médicament dont jusqu'ici l'efficacité nous a paru la plus prononcée : le tartre stibié. Aussi M. Bretonneau a-t-il conservé au polygala une place dans la médication interne de la diphthérite. Il l'administre comme produisant « une action spéciale sur la membrane phlogosée des canaux aérifères, dont elle active et modifie la sécrétion » (*loc. cit.*, p. 241). Voici comment le polygala était administré par John Archer :

℞ Polygala senega concassé.......... ...	15 grammes.
Eau de fontaine......................	240 grammes.
Faites bouillir dans un vaisseau clos jusqu'à réduction de..................................	120 grammes.

A prendre par cuillerées à café, toutes les heures ou toutes les demi-heures, selon l'intensité des symptômes.

On peut administrer tout simplement le polygala ainsi qu'il suit, et il a même alors une vertu vomitive plus forte, l'eau ne dissolvant qu'imparfaitement son principe actif :

℞ Polygala senega........................	0,20 grammes.
Eau..................................	4 grammes.

Délayez la poudre, et administrez-la.

Sels alcalins. Je dirai peu de chose des médicamens de cette espèce, qui ne sont guère usités aujourd'hui. En les administrant, on avait pour but de dissoudre la fausse membrane. Rechou employait le *sous-carbonate d'ammoniaque* à l'intérieur et à l'extérieur; mais cette substance, dont l'usage n'est pas sans danger, fut bientôt abandonnée. Chamerlat (*Journ. de Corvisart*, t. XXVII) cite plusieurs cas où il prescrivit avec succès un gargarisme ou un collutoire fait avec l'*hydrochlorate d'ammoniaque;* mais ce traitement se rapprochant de la médication topique, je le rappellerai plus loin. M. Mouremans (*Encyclop. des Sciences médic.*, 1839) a rapporté un cas de guérison de laryngite pseudo-membraneuse survenue dans le cours d'une rougeole, et qui fut traitée par le *bicarbonate de soude.* Je n'ai pas besoin de faire remarquer combien les faits sont insuffisans pour servir de base à un jugement sûr. Tout ce que nous pouvons constater, c'est que l'opinion générale accorde peu de confiance à ces médicamens. Voici toutefois la formule de M. Mouremans :

♃ Bicarbonate de soude	2,50	grammes.
Eau de laitue	120	grammes.

Faites dissoudre; ajoutez :

Sirop de mûres	30	grammes.

A prendre par cuillerées à café, toutes les cinq minutes.

Préparations mercurielles. L'action du mercure se faisant sentir d'une manière remarquable sur la muqueuse de la bouche et de la gorge, on a dû être tout d'abord porté à employer cette substance dans une maladie qui a pour siége la dernière de ces parties; aussi presque tous les praticiens ont-ils recommandé fortement son emploi.

Suivant M. Bricheteau, Thomas Rond, de Philadelphie, passe pour avoir le premier donné le calomel dans le croup. Cette pratique fut bientôt adoptée non-seulement en Amérique, mais en Europe. Parmi ceux qui s'empressèrent de l'employer, Autenrieth se distingue par son extrême confiance dans le calomel, et par les doses considérables qu'il en donnait, dans le but de déplacer l'irritation et de la porter sur l'intestin. Nous examinerons les faits tout à l'heure.

Calomel. Existe-t-il quelques cas de véritable croup guéris par l'emploi du calomel seul? Je ne le pense pas. Cependant les médecins les plus distingués n'ont pas hésité à lui donner une des premières places parmi les substances destinées à combattre cette maladie. Je me vois donc dans la nécessité de m'en rapporter aux opinions des auteurs, ne trouvant dans leurs observations rien qui puisse me faire apprécier rigoureusement la valeur du remède.

C'est comme provoquant un afflux considérable de liquides vers la gorge, et comme rendant, par là, la fausse membrane moins tenace et moins prompte à se produire, qu'on a principalement administré le calomel. Pour obtenir ce résultat, il faut le donner à doses fractionnées et médiocrement considérables; on s'en tiendra donc, comme le recommande M. Guersant, à la dose de 25 à 50 milligrammes toutes les demi-heures.

Cette manière d'administrer le protochlorure de mercure n'est pas sans danger. M. Bretonneau (*loc. cit.*, pag. 196) a, par ses observations et ses expériences, mis ce fait hors de doute. Il a vu 0,15 grammes de cette substance produire la salivation, et

0,25 grammes, divisés en trois doses inégales et pris *dans l'espace de six jours*, déterminer, outre la salivation, des ulcérations couenneuses dans la bouche, rebelles pendant plusieurs semaines à la thérapeutique la plus variée. Le praticien doit donc être bien prévenu de la possibilité de ces accidens, afin de surveiller avec le plus grand soin l'action du remède.

Ce qui me paraît prouver que c'est effectivement à dose faible que le protochlorure de mercure a ces inconvéniens, c'est qu'on ne les trouve pas mentionnés dans les écrits des médecins qui, comme Physick, Autenrieth et J. Hamilton, donnaient ce médicament à dose élevée. J. Hamilton prescrivait les doses suivantes :

Aux enfans d'un an........................	0,10 grammes toutes les heures ;
de deux ans....................	0,13 grammes ;
de trois ans....................	0,15 grammes ;

et ainsi de suite.

Autenrieth en a donné jusqu'à 2 *grammes en vingt-quatre heures* à un enfant de cinq ans et demi.

Frictions mercurielles. C'est aux mêmes titres qu'on a conseillé les frictions mercurielles, et il n'est pas permis de se prononcer plus positivement sur leur efficacité. On les pratique ordinairement sur les parties latérales du cou ; cependant le docteur Couch (*the Annals of Med. and surg.*, vol. I, 1817) les fait faire sur la partie interne des cuisses, et son but est de déterminer promptement la salivation, en opérant sur une grande surface. Quel que soit le lieu que l'on choisira, on agira de la manière suivante :

1°. Chez un enfant d'un an :

℞ Cérat simple .... 2 grammes.
Onguent mercuriel .... 1 gramme.

Pour une friction pratiquée pendant deux minutes, et renouvelée trois fois par jour.

2°. Chez un enfant de deux à quatre ans :

℞ Cérat simple .... } āā 4 grammes.
Onguent mercuriel .... }

M. Pour trois frictions de trois minutes de durée, dans les vingt-quatre heures.

3°. Au-dessus de cet âge :

On emploiera de 2 à 4 ou 6 grammes d'onguent mercuriel pur, pour chaque friction, et on pourra augmenter la dose suivant les cas.

Le médecin devra toujours surveiller l'état de la bouche, afin de prévenir, s'il est possible, une salivation trop abondante.

Topiques irritans appliqués sur la peau. Il est rare qu'en même temps qu'on emploie les médicamens précédens, on n'ait pas recours à quelques applications irritantes sur une partie du corps plus ou moins éloignée de l'organe malade. Quelques praticiens ont même accordé une très-grande importance à ces applications, que je vais passer rapidement en revue.

Vésicatoires. Des Essartz est un de ceux qui ont le plus vanté ce moyen. Suivant lui (*loc. cit.*, p. 53), « le vésicatoire, placé dans le principe après le second et le troisième accès, mettrait à l'abri non-seulement des progrès de la maladie, mais encore de sa continuité et de sa récidive. » Il est bien à craindre que cet auteur n'ait eu en vue, quand il a écrit ces lignes, que des cas de laryngite striduleuse; car si l'on parcourt avec attention les obser-

vations publiées même par les médecins qui ont accordé une valeur assez grande au vésicatoire, on ne trouve pas un seul cas où l'on puisse attribuer la guérison à ce moyen. Cependant le vésicatoire est généralement adopté, sans doute parce qu'on a pensé que son action devait favoriser celle des autres remèdes. Parmi les médecins bien peu nombreux qui le repoussent, il faut citer M. Couch (*loc. cit.*), qui les regarde comme inefficaces et par conséquent inutiles dans un danger pressant. Quant à M. Bretonneau, sans le négliger, il ne lui accorde qu'une influence limitée.

On s'est demandé dans quel point on devait de préférence appliquer les vésicatoires, et presque tous les praticiens ont choisi le point le plus rapproché du siége du mal. Ainsi c'est au cou (sur les parties latérales et à la nuque, afin de laisser la région laryngée libre dans le cas où il faudrait recourir à la trachéotomie) et à la partie supérieure et antérieure de la poitrine, qu'on doit placer l'emplâtre vésicant.

On cherche généralement à multiplier l'action du vésicatoire, en renouvelant son application, plutôt qu'à produire une forte vésication en le laissant à demeure. Voici les précautions que recommande M. Bretonneau (*loc. cit.*, p. 237 et suiv.) :

Vésication superficielle.

PROCÉDÉ DE M. BRETONNEAU.

L'emplâtre vésicant étant préparé comme à l'ordinaire, enduisez-le d'une couche d'huile assez épaisse pour dissoudre le principe irritant, mais non pas assez pour couler sur la peau, car la vésication s'étendrait au delà des limites. Recouvrez-le ensuite d'une feuille de papier joseph qui s'imbi-

bera de l'huile vésicante, et appliquez le tout sur le point que vous aurez désigné. Au bout de six à sept heures, vous aurez un effet très-marqué. N'attendez pas que la phlyctène soit formée; une rougeur notable et une légère mobilité de l'épiderme suffisent. Si la phlyctène est formée, ou si elle se forme plus tard, ce qui a lieu assez souvent, ne l'ouvrez pas tout entière et n'enlevez pas l'épiderme, mais faites de petites mouchetures pour l'écoulement de la sérosité, et pansez par dessus l'épiderme soulevé.

Ces précautions, qui peuvent paraître minutieuses au premier abord, ont néanmoins leur importance; car on a vu des vésicatoires s'enflammer, se couvrir de fausses membranes, et, par le mouvement fébrile qu'ils causaient nécessairement, augmenter la gravité du mal.

A *quelle époque* de la maladie faut-il appliquer les vésicatoires? La plupart des médecins n'y ont recours qu'après l'emploi des saignées et des vomitifs; et, en l'absence de toute démonstration directe, on doit, par les considérations que je viens de présenter, regarder cette pratique comme la plus sage.

Sinapismes; pédiluves sinapisés. A l'égard des sinapismes, on lit dans le précieux travail de M. Bricheteau (p. 391) qu'Albers et Royer-Collard affirment avoir sauvé chacun un enfant par l'application prolongée des sinapismes aux pieds et aux jambes. Mais la question du diagnostic revient ici plus grave que jamais; et d'ailleurs nous ne pouvons pas apprécier le reste de la médication, car il n'est rien moins que probable que ces médecins aient borné leur traitement à la simple application des sinapismes. Il faut reconnaître, avec M. Bretonneau, que l'action de ce moyen est sans aucun rapport avec l'in-

tensité de la maladie, et le placer parmi les simples adjuvans. J'en dis autant des *pédiluves sinapisés*.

Antispasmodiques et narcotiques. Avant que la distinction entre la laryngite striduleuse et la laryngite pseudo-membraneuse fût bien établie, on a dû nécessairement regarder les antispasmodiques comme avantageux, puisqu'ils avaient pour effet de calmer les accès de la première de ces deux maladies; aussi ne faut-il pas s'étonner que les premiers praticiens les aient chaudement recommandés. Aujourd'hui on ne peut leur attribuer qu'une valeur bien secondaire, et c'est pourquoi je me bornerai à dire qu'on a mis en usage le *camphre*, le *musc*, l'*assa-fœtida*, le *zinc*, l'*éther*, etc., etc., renvoyant à l'article *Laryngite striduleuse* pour les détails de l'administration de ces médicamens.

Sans placer les *narcotiques* au rang des remèdes importans dans le traitement du croup, je crois qu'on peut leur accorder un peu plus de valeur qu'aux antispasmodiques. Ils ont pour effet de rendre le besoin de respirer moins impérieux, et de procurer aux malades un sommeil plus calme, effet dont il est inutile de signaler les avantages. L'*opium*, le *datura stramonium* et la *belladone* sont les trois substances qu'on doit employer de préférence. J'indiquerai les doses dans les ordonnances.

De quelques autres médicamens proposés par divers auteurs. Si l'on voulait parler en détail de tous les remèdes opposés à la maladie qui nous occupe, il faudrait entrer dans des développemens aussi longs qu'inutiles. J'ai exposé jusqu'à présent les principaux, à part la *cautérisation* et la *trachéotomie;* je me contenterai d'indiquer les suivans : les *lavemens vinai-*

grés, principalement recommandés par Autenrieth; les *sternutatoires;* les *affusions froides*, dont l'action n'a pas été rigoureusement appréciée; le *quinquina;* le *galvanisme;* les *sudorifiques*, etc., etc. La médication du croup est assez encombrée pour qu'on n'insiste pas sur des moyens dont l'efficacité est aussi problématique.

MÉDICATION TOPIQUE.

Caustiques liquides. C'est à M. Bretonneau qu'il faut rapporter l'honneur d'avoir popularisé cette médication qui, dans un certain nombre de cas, a eu l'avantage, soit d'arrêter la fausse membrane dans sa progression vers le larynx, soit de provoquer son expulsion lorsqu'elle y était parvenue, soit enfin de modifier l'inflammation spéciale qui caractérise la laryngite pseudo-membraneuse. On avait sans doute employé, avant lui, certains topiques irritans dans les maux de gorge de mauvais caractère; mais M. Bretonneau, en montrant que, dans un grand nombre de cas, l'inflammation diphthéritique marchait du pharynx au larynx, nous apprit le premier à borner les effets de cette inflammation en l'attaquant à sa source.

C'est l'*acide hydrochlorique* qui fut d'abord mis en usage par ce célèbre praticien, et voici les préceptes qu'il donne pour son application (*loc. cit.*):

Cautérisation par l'acide hydrochlorique.

PROCÉDÉ DE M. BRETONNEAU.

Prenez une éponge fine, qui, humectée et ensuite bien essuyée, doit avoir, *pour un adulte*, le volume d'un œuf de pigeon, un tiers de moins *pour un enfant de dix ans*, et

moitié moins *pour un enfant moins âgé*. Crispée par l'action de l'acide, et convenablement exprimée, cette éponge se trouve réduite à presque la moitié de son volume.

Fixez-la sur une baleine flexible, de la manière suivante : Fendez-la crucialement (*voy.* Charcelay, *in Gaz. Med.*, tom. VII, pag. 409) à sa petite extrémité, et introduisez dans l'incision l'extrémité de la baleine, sur laquelle vous la fixerez solidement avec de bonne cire à cacheter [1].

Chauffez et ramollissez au feu la tige de baleine, afin de lui donner une courbure qui vous permette de porter le caustique dans l'arrière-gorge, sans aller toucher le palais.

Ces préparatifs étant faits, placez le malade sur une chaise, ou bien faites-le asseoir dans son lit, la face tournée vers une fenêtre ou vers la lumière d'une bougie. Un aide maintiendra la tête renversée en arrière et fixée contre sa poitrine.

Alors imbibez l'éponge d'acide concentré, et pressez-la de manière à ce qu'elle reste simplement humectée [2], si l'on aperçoit dans le pharynx les limites de la pseudo-membrane. Mais si celle-ci est déjà hors de la portée de la vue, mêlez le caustique à une quantité égale de miel, et imbibez davantage l'éponge, afin que le liquide se répande, autant que possible, sur toutes les parties affectées.

Abaissez ensuite la langue avec une cuiller tenue de la main gauche, et, portant rapidement l'éponge dans l'arrière-gorge, cautérisez légèrement, si le mal est borné au pharynx et si vous vous servez d'acide concentré. Si, au contraire, l'inflammation diphthéritique a gagné le larynx, tâchez de porter dans sa cavité le caustique adouci, en prenant les précautions suivantes :

[1] Je pense qu'il vaut mieux faire une rainure circulaire à l'extrémité de la tige, et fixer l'éponge sur la baleine, avec un fil ciré que l'on recouvre ensuite de cire à cacheter, pour qu'il ne soit pas détruit par l'action de l'acide concentré.

[2] M. Bretonneau prend cette précaution, afin que, dans les mouvemens convulsifs de l'isthme du gosier, le liquide exprimé n'étende pas son action au delà du point qu'il veut cautériser. De cette manière, il est plus facile de diriger l'action du caustique et de la graduer, qu'en l'affaiblissant avec diverses proportions de miel.

Portez l'éponge au-dessus de la glotte, en relevant fortement l'extrémité que vous tenez à la main, puis exprimez quelques gouttes de liquide en exerçant un mouvement rapide de compression sur la base de la langue. Répétez cette manœuvre trois ou quatre fois de suite, afin de faire ruisseler une quantité suffisante de caustique sur la muqueuse laryngée.

La cautérisation sera faite une fois ou deux par jour, suivant les cas.

M. Bretonneau fait remarquer que si l'application caustique est réitérée à de trop courts intervalles, elle peut produire une ulcération qui se recouvre d'une concrétion blanchâtre et tarde plus ou moins à se cicatriser. Il faut être prévenu de la possibilité de cet accident, afin de ne pas prendre une ulcération semblable pour le résultat de la maladie, et de ne pas prolonger, sans utilité, le traitement.

Nitrate d'argent. Ce caustique est celui qu'on emploie le plus fréquemment aujourd'hui. M. Bretonneau lui-même y a recours, comme on peut le voir dans l'observation de M. Charcelay. M. Guersant reproche à cette substance de produire par elle-même une fausse membrane, ce qui en effet peut paraître, au premier abord, redoutable. Mais si l'on remarque que dans aucune observation on ne voit cette fausse membrane accidentelle se développer d'une manière évidente et donner lieu à quelques accidens, on sera rassuré sur les suites d'une cautérisation qui mérite réellement la préférence qu'on lui accorde, par son efficacité et son innocuité. Cette cautérisation est en effet superficielle; l'excédant du liquide est bientôt décomposé par les mucosités, et son action sur la muqueuse, assez considérable pour modifier l'inflammation, ne l'est pas assez pour pro-

duire la désorganisation qu'on a à craindre de la part des acides concentrés.

Cautérisation avec le nitrate d'argent.

La manière d'appliquer ce caustique est la même que celle qui a été décrite plus haut; seulement, l'éponge ne se crispant point, il faut la choisir un peu moins grosse. Quant aux *doses*, elles sont très-variables suivant les auteurs. Voici celle qui fut mise en usage par MM. Bretonneau et Charcelay (*loc. cit.*) chez un adulte :

℥ Nitrate d'argent	15 grammes.
Eau distillée	45 grammes.

Dissolv.

Faites une cautérisation deux ou trois fois par jour.

La quantité de nitrate d'argent est, comme on le voit, proportionnellement très-considérable; souvent on élève beaucoup moins la dose. Ainsi M. Marrotte (*loc. cit.*) a employé la formule suivante :

℥ Nitrate d'argent	2 à 3 grammes.
Eau distillée	16 grammes.

Dissolv.

C'est au praticien à graduer la force du caustique suivant l'effet produit.

Plusieurs autres caustiques ont été mis en usage : ainsi l'on a employé l'*acide sulfurique* et le *nitrate acide de mercure*. Ces acides agissent comme l'acide hydrochlorique, et doivent être appliqués de la même manière.

Caustiques pulvérulens; cathérétiques. Parmi ces médicamens, il faut citer en première ligne l'*alun*, qui a été adopté par quelques médecins avec tant d'enthousiasme, qu'on a été jusqu'à lui donner le nom de *poudre anticroupale*. Déjà Arétée, Carnevale

et les auteurs du seizième siècle cités par M. Bretonneau, avaient recommandé cette substance; mais c'est à ce dernier qu'on doit de l'avoir fait entrer définitivement dans la thérapeutique du croup.

L'alun est employé sous forme pulvérulente et en insufflations. M. Bretonneau a inventé à cet effet un instrument dont j'ai donné plus haut la description (*voy.* pag. 263), mais qu'on peut remplacer par un tube de verre ou par un roseau à la manière d'Arétée (*voy.* p. 265). Néanmoins on ne doit pas faire faire des *aspirations pulvérulentes* aux malades, comme dans la laryngite chronique, la maladie trop grave ne le leur permettant pas. C'est donc le médecin, ou la personne qui donne des soins au malade, qui insufflera la poudre. L'insufflation aura lieu trois ou quatre fois par jour, et chaque fois on emploiera au moins *un gramme* de poudre d'alun.

M. Bretonneau a plusieurs fois obtenu du succès de l'application de l'alun, lorsque la fausse membrane n'avait pas atteint le larynx; mais on ne peut pas, même dans ces cas, attribuer uniquement la guérison à ce médicament; car beaucoup d'autres moyens énergiques avaient presque toujours été employés concurremment. Dans ceux où la fausse membrane est encore bornée au pharynx, on peut *toucher* les parties malades avec la poudre d'alun, sans employer l'insufflation; pour cela il suffit de couvrir l'extrémité du doigt indicateur, préalablement humecté, d'une couche épaisse d'alun qu'on promène ensuite rapidement sur le pharynx. On pourrait aussi se servir d'une tige entourée à son extrémité d'un tampon de linge fin.

Les *chlorures de chaux* et *de soude* secs et pulvé-

rulens pourront être employés de la même manière, mais les insufflations devront être poussées avec un peu moins de force, et on n'élèvera pas autant la dose du médicament; 30 *ou* 40 *centigrammes* suffiront pour une insufflation.

Préparations mercurielles. Le *calomel* est, de toutes ces préparations, celle qu'on met le plus fréquemment en usage. On peut toucher directement le pharynx avec cette substance, lorsque la fausse membrane y est encore limitée; mais lorsque le larynx est envahi, il faut avoir recours à l'insufflation. On prend :

Calomel..................................	1 gramme.
Sucre en poudre.........................	20 grammes.

M.

Pour chaque *insufflation*, introduisez dans le tube, ou l'instrument de M. Guillon, une forte pincée de cette poudre, et poussez-la avec force dans l'arrière-gorge, en choisissant, autant que possible, le moment où le malade fait une inspiration, ce qui entraîne le médicament dans le larynx.

Le *précipité rouge* a également été employé par M. Trousseau à la dose suivante :

℞ Précipité rouge.........................	1 partie.
Sucre candi en poudre....................	12 parties.

M. exactement.

Pratiquez les insufflations comme il vient d'être dit.

Quelle que soit l'utilité de ces médicamens topiques, on ne peut leur accorder qu'une confiance très-limitée, car il n'y a pas d'exemple où ils aient procuré la guérison sans le concours d'une autre médication très-active. Pendant que les autres remèdes agissent, ils servent à borner l'inflammation et à la modifier; mais il est douteux que par eux seuls on puisse se rendre maître du mal. D'ailleurs on ne doit

pas oublier qu'ils ont une valeur très-différente suivant les cas. Si, par exemple, dans une épidémie de croup on voyait, comme M. Boudet (*loc. cit.*) en a cité un cas remarquable, la pseudo-membrane descendre lentement du pharynx vers le larynx, on devrait recourir aux caustiques et aux cathérétiques, avec d'autant plus de confiance que, dans des cas semblables, on a, sinon très-certainement, du moins très-probablement empêché la maladie de devenir mortelle, en la fixant dans le pharynx et en lui fermant l'entrée des voies respiratoires.

Reste une dernière question : *Quel est, parmi ces médicamens, celui qu'il faut choisir?* La réponse est difficile, car aucun auteur n'a recherché la valeur thérapeutique proportionnelle de ces diverses substances; omission qui n'est que trop fréquente. Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'une solution concentrée de nitrate d'argent remplit très-bien toutes les conditions, et offre moins de danger que les acides. Mais les préparations mercurielles, comment agissent-elles? C'est encore là une question que s'est adressée M. Bretonneau, à propos du calomel, et qu'il n'a pu résoudre. Cependant il n'est pas éloigné de croire que le calomel agit uniquement comme topique, quand on le porte directement sur la muqueuse malade. La preuve, c'est qu'on détermine bien plus facilement la salivation par les frictions sur la peau, que par l'insufflation de la substance. Ce sont là des points obscurs que nous devons peu espérer de voir éclairer; car dans une maladie comme le croup, où il faut agir si vite et si violemment, on n'a guère la facilité de faire des expériences concluantes.

Résumé; ordonnances. Avant d'aborder la grande question de la trachéotomie, résumons le traitement si compliqué qui vient d'être exposé; et, dans quelques ordonnances, établissons comment on doit se conduire dans les différens cas.

Je suppose que le médecin est appelé auprès d'un enfant ou d'un adulte vigoureux, et chez lequel la pseudo-membrane ne paraît pas encore avoir gagné le larynx; on agira ainsi qu'il suit :

PREMIÈRE ORDONNANCE.

Chez un sujet fort, la fausse membrane étant encore bornée au pharynx.

1°. Pour boisson, infusion de violette sucrée.

2°. *Pour un adulte :* Une saignée de 350 *grammes*, et 25 sangsues sur les côtés du cou. *Pour un enfant de dix à douze ans :* Saignée de 200 *à* 250 *grammes*, 10 sangsues. *Pour les enfans moins âgés :* De 2 *à* 8 *sangsues*, suivant l'âge.

3°. Deux fois par jour, une cautérisation avec l'acide hydrochlorique concentré (*voy.* pag. 376), ou mieux avec une forte dissolution de nitrate d'argent (*voy.* pag. 379).

4°. Frictions mercurielles sur les côtés du cou. *Chez l'adulte*, on emploiera l'onguent mercuriel pur; *chez les jeunes enfans*, on le mêlera à un tiers ou moitié de cérat simple. Ces frictions seront faites matin et soir.

5°. ℞	Tartre stibié	0,10	grammes.
	Sirop d'ipécacuanha	35	grammes.
	Eau	65	grammes.
M.			

Cette potion sera prise par grandes cuillerées par *les adultes* et les enfans âgés de plus de dix ans, et par demi-cuillerées par les enfans plus jeunes.

Il faut la renouveler dès qu'elle est finie, afin d'avoir un vomissement non interrompu.

6°. Sinapismes aux jambes.

7°. Diète absolue.

Par ces moyens, employés avec persévérance, on a, à n'en pas douter, préservé des enfans de l'inva-

sion de laryngites très-dangereuses, et c'est ce qui me paraît avoir eu lieu dans les cas cités par M. Marrotte.

DEUXIÈME ORDONNANCE.

Chez un sujet fort, la pseudo-membrane ayant gagné le larynx.

1°. Infusion de bourrache sucrée.

2°. Appliquer sur chaque côté du cou un vésicatoire suivant le procédé de M. Bretonneau (*voy.* pag. 373.)

3°. Saignées, comme dans l'observation précédente; ventouses scarifiées à la nuque.

4°. Émétique, *idem;* ou bien :

♃ Sulfate de cuivre	0,10 à 0,15	grammes.
Sucre de lait	1	gramme.

Faites prendre cette dose en une seule fois, dans un verre de tisane;
Puis donnez toutes les demi-heures :

Sulfate de cuivre	0,025	grammes,
Sucre de lait	0,50	grammes,

jusqu'à ce que les fausses membranes soient complétement expulsées et la respiration libre.

5°. Cautériser comme dans le cas précédent, mais en ayant bien soin de presser l'éponge contre l'ouverture supérieure du larynx :

Insufflations de calomel, deux ou trois fois par jour.

6°. Frictions sur la partie supérieure du sternum, avec :

♃ Calomel	5 grammes.
Axonge	25 grammes.

M.

7°. Sinapismes et diète, *ut suprà.*

Il est des cas où, malgré le danger, le traitement ne peut pas être aussi énergique, c'est lorsqu'il s'agit de très-jeunes enfans, ou de sujets affaiblis par une maladie quelconque, comme on ne le voit que trop souvent. Alors on a recours à l'ordonnance suivante :

TROISIÈME ORDONNANCE.

Enfant très-jeune, ou sujet affaibli.

1°. Se borner aux saignées locales : appliquer de 2 à 12 sangsues, suivant l'âge.

2°. Donner les vomitifs suivant la formule de Des Essartz. (*Voyez* page 363.)

3°. Frictions mercurielles, deux fois par jour, sur la partie interne des cuisses. (Couch.)

4°. Toutes les demi-heures, administrez, dans une cuillerée de tisane, la poudre suivante :

℞ Calomel........................	0,025 à 0,050	grammes.
Sucre en poudre...............	0,50	grammes.

M.

5°. Un vésicatoire sur la partie supérieure du sternum.

6°. Cautérisation, et insufflations de calomel *ut suprà*. Ou bien : insufflations d'alun en poudre très-fine.

7°. Diète absolue.

Je n'ai indiqué, dans ces ordonnances, que la conduite à tenir lorsqu'on est appelé auprès du malade. Est-il nécessaire maintenant de dire ce qu'il faut faire les jours suivans? Non, sans doute; car c'est toujours sur la même médication qu'il faut insister, en la subordonnant toutefois à l'état du malade, que le médecin seul peut apprécier. C'est à lui à voir si les forces permettent de répéter la saignée, si le vésicatoire doit être renouvelé et multiplié, etc. Mais il est un précepte général qu'on peut tracer sans crainte, c'est que la médication doit être toujours très-énergique et éminemment perturbatrice, car l'affection est des plus graves.

Je n'ai point, dans ces ordonnances, rappelé plusieurs médicamens, tels que le *sulfure de potasse*, le *polygala senega*, etc. Je n'ai pas cru la chose utile,

parce que l'efficacité de ces remèdes est douteuse. Au reste, on peut recourir aux détails que j'ai donnés plus haut.

Précautions générales à prendre dans les cas de laryngite pseudo-membraneuse.

1°. Coucher le malade de manière qu'il ait la tête un peu plus élevée que le reste du corps.

2°. Débarrasser la poitrine et le cou de tous les liens qui pourraient gêner ces parties.

3°. Entretenir dans la chambre une température douce; préserver le malade des courans d'air.

4°. Lui donner souvent à boire, pour éviter la sécheresse de l'arrière-gorge et introduire une grande quantité d'eau dans l'économie.

TRACHÉOTOMIE.

Me voici parvenu à une question thérapeutique bien importante, et qui, avant ces dernières années, a soulevé bien des discussions. Il est donc nécessaire de l'examiner dans tous ses détails.

La trachéotomie a été, comme le fait remarquer M. Guersant, indiquée, dès la plus haute antiquité, dans le traitement des angines graves; et Stoll n'a pas été plus loin que ses devanciers, car lui-même (*Aphor. de cogn. et cur. febr.* Vind. 1786; aph. 107 et 109) ne recommande cette opération que dans des cas d'*angine inflammatoire*, sans préciser davantage le diagnostic. Il restait donc à l'appliquer spécialement aux cas de croup, et c'est à F. Home qu'on doit rapporter cet honneur, quoique cet auteur n'eût l'idée de pratiquer l'opération que dans le but d'arracher la fausse membrane. Il dit (*loc. cit.*, pag. 60) : « Lorsque la fausse membrane est complétement formée, et qu'elle a acquis un certain degré

de consistance, il me paraît impossible qu'aucun médicament, tant interne qu'externe, puisse la résoudre ou l'expulser des voies aériennes. Le seul moyen que nous ayions alors de sauver la vie au malade, est de tenter l'*extraction de cette membrane*, en faisant une incision à la trachée-artère. » Après Home, d'autres médecins ont parlé dans le même sens, mais il restait à mettre en pratique ce qui n'était encore que conseillé. Borsieri (*Instit. med. pract. Lipsiæ*, 1798) cita un cas d'opération suivie de succès, et pratiquée par Andree en 1782. Mais après avoir lu cette observation, ainsi que la version qui en a été donnée par le docteur White en 1784, on n'est pas parfaitement convaincu qu'il y eût un véritable croup. En effet, d'après Locatelli, qui avait communiqué à Borsieri tous les renseignemens, il ne sortit qu'un flot de pus à l'ouverture de la trachée, et l'on ne découvrit pas dans la suite la moindre trace de fausse membrane. Quant à White, il ne fait aucune mention de l'existence de la fausse membrane dans son observation, qui d'ailleurs présente ceci d'incroyable que l'*enfant, aphone avant l'incision de la trachée, recouvra une voix forte après cette incision.* Il n'en faut pas davantage pour jeter le plus grand discrédit sur une observation.

Quoi qu'il en soit de l'exactitude de ce diagnostic, la question restait toujours indécise; et la preuve, on la trouve dans la polémique qu'eut à soutenir Caron à l'époque du grand concours. Cet auteur avait pratiqué une fois la trachéotomie, mais sans succès; il n'en proclama pas moins avec ardeur les avantages de l'opération, et l'on sait quelles contradictions il trouva partout.

Malgré ces préceptes auxquels on n'obéissait pas, malgré ces essais infructueux ou inaperçus, on peut dire que la trachéotomie appliquée à la laryngite pseudo-membraneuse était une opération nouvelle, lorsque M. Bretonneau osa la pratiquer, et lorsque, après deux tentatives malheureuses qui auraient infailliblement rebuté un médecin moins courageux, il obtint un éclatant succès sur un enfant qui allait succomber. Il put se dire alors qu'il venait de doter la thérapeutique du croup, d'un moyen qui pouvait arracher les malades à une mort certaine. On aime d'autant plus à rendre cette justice à M. Bretonneau, que ce célèbre praticien a raconté les faits avec une simplicité et une modestie peu communes.

Dès lors M. Bretonneau, et un bon nombre de médecins encouragés par son exemple, n'hésitèrent plus à pratiquer la trachéotomie toutes les fois qu'elle leur parut indiquée, et aujourd'hui les succès sont trop nombreux pour qu'on songe à défendre cette opération autrement que par des chiffres. Le nombre des succès obtenus seulement en France est considérable, et, on peut le dire sans crainte, presqu'égal à celui qu'on doit à tout autre moyen. Cette proposition surprendra sans doute les médecins qui ont présens à l'esprit les faibles chiffres de mortalité donnés par Albers, Jurine, Vieusseux, etc.; mais qu'on n'oublie pas que le diagnostic de ces auteurs est peu précis, et que par suite il est certain qu'un bon nombre de laryngites striduleuses fait partie des guérisons nombreuses qu'ils ont obtenues, car ces laryngites étaient pour eux des croups.

Quant à moi, pour éclairer cette question, j'ai rassemblé d'abord 54 observations dans lesquelles le

diagnostic n'était nullement douteux, car la maladie était caractérisée par l'aphonie, la respiration sifflante, et l'expulsion de lambeaux membraneux, ou leur présence dans le larynx après la mort, et j'ai trouvé 17 guérisons bien constatées, sans opération[1]. Puis, examinant ce qui se passe dans les cas de trachéotomie, j'ai vu, avec M. Bricheteau, que la trachéotomie réussit presque *une fois sur trois*, proportion tout à fait semblable à celle que je viens d'indiquer.

Mais il est une considération d'une bien plus grande valeur et qui donne une toute autre importance à la trachéotomie; c'est que, dans l'immense majorité des cas, cette opération a été pratiquée dans les circonstances les plus défavorables, lorsque toutes les autres médications étaient restées sans effet, et lorsque la gravité des symptômes et l'imminence de l'asphyxie annonçaient une mort prochaine. Qui ne voit qu'une seule guérison, dans de semblables circonstances, a bien plus de poids que plusieurs autres obtenues dans des cas où l'on a pu, dès le début, employer toutes les ressources de l'art? D'où il suit que

[1] Je ne prétends pas dire, tant s'en faut, que ce chiffre exprime la proportion des guérisons sans trachéotomie. Nous savons tous que les cas de guérison sont publiés avec empressement, et que les cas de mort sont le plus souvent passés sous silence. Mais il n'était pas sans importance de montrer que les guérisons de laryngite pseudo-membraneuse bien confirmée sont bien plus nombreuses que ne le pense M. Guersant, qui avance (*loc. cit.*) que les guérisons sont très-rares dans la deuxième période, et presque nulles dans la troisième. J'ai été très-sévère dans le choix de ces observations, dont je vais donner l'indication. Double (*Traité du Croup*, obs. II, III, VI), 3; Blaud (*Nouv. Bibl. Méd.*, obs. III, VI), 2; Poussin (*Journ. Méd.*, obs. III, tom. XXII), 1; Terrade (*id.*, obs. II, t. XXI), 1; Brulatour (*Rev. méd.*, t. I), 1; Deville (*Journ. gén.*, obs. II, t. CX), 1; Hastron (Thès.: Paris, 1828), 3; Levrat (*Bibl. méd.*, t. XXXI), 1; Martin (*id.*, t. XXVIII), 1; Saissy (*id.*, t. XXX), 1; Ehrmann (*Gaz. méd.*, t. II), 1; Charcelay (*loc. cit.*), 1.

la trachéotomie doit être regardée, relativement au croup, comme une véritable conquête médicale dont l'honneur appartient à M. Bretonneau, et toutes les préventions doivent tomber devant les faits. On est donc peu surpris de voir, dans ces dernières années, cette opération devenir très-fréquente et recevoir l'approbation des meilleurs esprits. Je pourrais citer les succès obtenus par MM. Scoutetten, Gendron, Senn, Petel, Maslieurat-Lagémard, Robert Latour (*Clinique des Maladies des Enfans*, vol. I, p. 285), etc.; mais il me suffira d'indiquer le chiffre des opérations pratiquées par M. Trousseau et des guérisons qu'il a obtenues, pour montrer tout ce qu'on peut attendre de cette trachéotomie tant redoutée de nos devanciers. M. Trousseau, le plus ardent défenseur de la trachéotomie, a pratiqué à lui seul 119 fois cette opération, et a, on peut le dire, sauvé la vie à 25 des malades soumis à l'opération [1].

Qu'on ne pense pas néanmoins que j'accorde une confiance aveugle à la trachéotomie. Je sais qu'il y a des cas où elle est contre-indiquée; qu'elle peut donner lieu à quelques accidens, et qu'enfin des médecins qui ont voulu la pratiquer dans des circonstances trop défavorables, se sont placés dans une situation fâcheuse. Je le sais si bien, que j'entrerai un peu plus loin dans tous les détails nécessaires à cet égard. Mais ce qu'il importait d'établir, c'est que, considérée d'une manière générale, la trachéotomie est un moyen infiniment précieux, et par conséquent je dois faire connaître d'abord dans les plus grands détails tout ce qui concerne l'opération, me réser-

[1] Voy. le Rapport de M. A. Bérard à l'Acad. de Méd., janv. 1842.

vant d'exposer ensuite les *indications* et les *contre-indications* que peuvent présenter les différens cas.

Je suppose donc que l'opération est jugée nécessaire et parfaitement applicable; voici comment on devra y procéder [1] :

DESCRIPTION DE LA TRACHÉOTOMIE.

Les instrumens nécessaires pour cette opération sont : 1° un bistouri droit ou convexe sur son tranchant; 2° une sonde cannelée flexible; 3° un bistouri boutonné, et une paire de ciseaux un peu forts; 4° des pinces et des fils à ligature [2]; 5° un *dilatateur*, c'est-à-dire une espèce de pince à pansement, courte, un peu courbe sur le plat, et dont les deux branches forment à leurs extrémités un petit éperon saillant en dehors, destiné à accrocher la face interne des lèvres de la plaie faite à la trachée; 6° des canules de diverses grandeurs; 7° des écouvillons; 8° une solution d'alun, de nitrate d'argent ou de potasse caustique pour toucher l'intérieur de la trachée après l'opération; 9° enfin des éponges fines et de l'eau tiède. Déposez sur un plateau ces pièces d'appareil, puis recouvrez-les d'un linge.

Il est indispensable d'avoir au moins trois aides : le premier, placé en face de l'opérateur, a principalement pour fonction d'éponger, de comprimer les vaisseaux ouverts, et d'écarter les lèvres de la plaie; par là, il s'oppose aux accidens de l'hémorrhagie, à la suffocation que peut produire l'afflux du sang dans la trachée, et peut-être aussi à l'entrée de l'air dans les veines. Le second maintient la tête fixe, et le troisième empêche les mouvemens des membres qui pourraient déranger l'opérateur; il serait bon d'en avoir un quatrième

[1] J'emprunte une grande partie des détails qui vont suivre à la Thèse de concours de M. Lenoir, sur la *Bronchotomie* (Concours, 1841).

[2] Quoique dans la majorité des cas la ligature soit inutile, comme on le verra plus tard, il est prudent de se munir toujours de cette partie de l'appareil, car les circonstances peuvent être telles qu'on ait à s'applaudir de cette précaution

qui présenterait les instrumens à mesure qu'ils deviendraient nécessaires.

Tout étant ainsi préparé, couchez le malade sur une table recouverte d'un matelas, le tronc un peu élevé et la tête renversée en arrière, mais sans exagération, et de manière seulement à développer la région sur laquelle on va opérer. Placez-vous à droite, et saisissant de la main gauche le larynx, attirez-le légèrement en haut pour le fixer et pour tendre légèrement la peau; puis pratiquez avec le bistouri, sur la ligne médiane, une incision qui s'étend depuis le bas du larynx jusqu'au bord supérieur du sternum. Coupez avec précaution, mais en un ou deux coups au plus, la peau et l'aponévrose cervicale superficielle. Si les muscles sterno-hyoïdiens, mis alors à découvert, sont séparés par une ligne celluleuse, pénétrez dans ce point; si, au contraire, ils sont, comme il arrive quelquefois, réunis de manière à ne former qu'un seul muscle, n'hésitez pas à diviser les fibres musculaires sur la ligne médiane. *Dans aucun cas*, il n'est besoin de donner à cette seconde incision *la même étendue qu'à celle de la peau*. Continuez à découvrir et à séparer de la même manière les muscles sterno-thyroïdiens; faites absterger le sang avec une éponge fine, et à l'aide du doigt porté au fond de la plaie, cherchez à sentir la trachée, tout en vous assurant, autant que possible, s'il n'y a pas au-devant d'elle une de ces anomalies artérielles assez fréquentes dans cette région. Rassuré de ce côté, ramenez le doigt au-dessous du point où vous voulez commencer l'incision de la trachée; suivez avec lui tous les mouvemens de l'organe, et enfin, dirigeant la pointe du bistouri le long du bord cubital de ce doigt, plongez l'instrument dans la trachée. Inclinez-en rapidement le manche en bas et en arrière; portez le tranchant en haut, et achevez de cette manière l'incision, qui doit diviser au moins les cinq premiers anneaux de la trachée. Immédiatement après, faites pencher le malade en avant, et saisissant le dilatateur, écartez les lèvres de la plaie; aussitôt la respiration se rétablit, la toux et l'expectoration débarrassent la trachée, l'hémorrhagie s'arrête, et il ne reste plus qu'à conserver à l'air un accès libre et facile.

Tel est le procédé opératoire qui est aujourd'hui le plus généralement adopté. Cependant il s'est élevé des discussions sur quelques points, et les objections sont assez importantes pour mériter d'être examinées.

Quels sont d'abord les dangers de l'hémorrhagie, et est-il nécessaire de s'y opposer par la ligature des vaisseaux? Les veines et les artérioles qu'on est obligé de diviser dans tous les cas sont, comme on sait, très-nombreuses, et les premières, par suite de la stase sanguine, fournissent beaucoup de sang. Dans la crainte 1° que cette hémorrhagie ne fût trop abondante, surtout chez les jeunes sujets; 2° que le sang ne s'introduisît avec trop de violence dans le canal aérien au moment de son ouverture, plusieurs chirurgiens pensent qu'il est nécessaire de lier les vaisseaux au fur et à mesure qu'on les divise; d'autres, au contraire, parmi lesquels il faut citer principalement MM. Lenoir, Trousseau et A. Bérard, veulent qu'on néglige entièrement cette hémorrhagie et qu'on obvie à ses inconvéniens par la rapidité de l'opération. Ces derniers ont pour eux les faits les plus nombreux et les plus concluans, et tous les raisonnemens ne peuvent rien contre ce genre de preuves. Ils ont toujours vu, dès que l'ouverture de la trachée était achevée, l'hémorrhagie s'arrêter d'elle-même par suite du rétablissement de la respiration : il suffisait pour cela de placer immédiatement le malade sur son séant. Une certaine quantité de sang peut entrer, il est vrai, dans la trachée; mais les efforts de la toux l'ont bientôt expulsé, sans qu'il soit nécessaire d'employer le moyen mis en usage par M. Roux qui, à l'aide d'une sonde introduite dans le canal aérien, aspirait le liquide qui l'obstruait. Ainsi nul doute

que les craintes de ceux qui redoutent l'hémorrhagie dans des cas semblables ne soient exagérées.

Mais il est une circonstance qui pourrait changer entièrement la conduite de l'opérateur, c'est lorsqu'il existe une anomalie artérielle au-devant de la trachée-artère. Voici, en pareil cas, comment on devrait agir :

Conduite du chirurgien, dans le cas d'anomalie artérielle.

Si vous trouvez au-devant de la trachée un gros vaisseau artériel, éloignez-le aussitôt du champ de l'action de l'instrument, en le repoussant de côté; si vous ne pouvez parvenir à ce résultat, modifiez sans hésiter la méthode opératoire, et faites la laryngo-trachéotomie au lieu de la trachéotomie.

Mais malheureusement on n'a le plus souvent connaissance de l'anomalie que lorsque l'artère est divisée. Si la force et la grosseur du jet du sang est telle que vous ne puissiez pas douter de l'accident, liez aussitôt non-seulement le bout inférieur de la division, mais encore le bout supérieur. Continuez ensuite l'opération suivant le procédé ordinaire.

Dans le cas où l'hémorrhagie serait due à la division d'un tronc veineux considérable, agissez de la même manière.

Pour éviter quelques-uns des accidens qui viennent d'être mentionnés, M. Récamier a imaginé de faire l'*opération en deux temps* séparés par un intervalle d'une ou plusieurs heures : l'incision de la trachée constituerait le second temps. Cette manière d'agir, dont les inconvéniens sont évidens, surtout quand il s'agit du croup, où la promptitude de l'opération est si nécessaire, n'a point été adoptée.

Instrumens pour fixer la trachée.

Quelques chirurgiens, remarquant la difficulté que les *mouvemens de la trachée* apportent à son incision, ont ima-

giné des instrumens pour maintenir cet organe fixe. Je ne citerai que celui de Bauchot, qui consiste dans un croissant destiné à embrasser la partie antérieure de la trachée et à la maintenir en place.

Aujourd'hui ces instrumens sont inusités, et l'on préfère, ainsi qu'on l'a vu dans la description de l'opération, se guider avec le doigt qui suit les mouvemens d'inspiration et d'expiration. Bien plus, suivant M. Lenoir, on trouve un avantage à agir ainsi, car on peut profiter de la saillie et du mouvement de bas en haut que fait la trachée, à chaque inspiration, pour diviser les parties qui la recouvrent, et même pour commencer son incision.

Agrandissement de l'ouverture trachéale.

Si, du premier coup, on n'avait point fait une *ouverture suffisante*, on introduirait rapidement soit un bistouri boutonné, à l'aide duquel on couperait quelques anneaux cartilagineux de plus, soit la sonde cannelée flexible, sur laquelle on introduirait un bistouri pointu, dans le même but.

Enfin quelques praticiens ont conseillé, pour éviter toute *déviation* de l'instrument, soit de faire un pli transversal à la peau, que l'on coupe ensuite à plein tranchant; soit de tracer une ligne noire dans la direction que doit suivre l'incision. Mais ces précautions minutieuses, de la part d'un opérateur qui doit savoir diriger l'instrument tranchant, n'ont aucun avantage réel.

Dilatation après l'opération.

Voici les préceptes que donne M. Trousseau sur ce point important :

Dès que l'incision est faite, le sang s'engouffre dans les bronches, et comme la respiration devient encore plus difficile, l'hémorrhagie veineuse, loin de s'arrêter, coule avec plus de force. Armez-vous à l'instant même du *dilatateur*. On l'introduit fermé entre les lèvres de la plaie de la trachée, et quand il est engagé, on l'ouvre modérément, en rapprochant les anneaux. Cette manœuvre, toute facile qu'elle paraisse, ne demande pas moins quelque habitude. Très-souvent, dit M. Trousseau, il lui est arrivé à lui-même de placer l'extrémité de l'instrument entre les muscles, ou de n'introduire dans la trachée qu'une des branches. *Il faut*, recommande-t-il, *procéder lentement et aller aussi profondément que possible*. Lorsque le dilatateur est bien placé, l'air pénètre aisément, le sang, les fausses membranes, les mucosités sont expectorées, et la respiration devient ordinairement facile. Le dilatateur est laissé dans la trachée tant que dure la syncope qui suit ordinairement l'opération, et jusqu'à ce qu'on ait introduit la canule. La canule ne doit jamais être placée que dix ou vingt minutes après l'opération. Il faut préalablement avoir nettoyé la trachée et les bronches, et avoir cautérisé la membrane muqueuse qui les tapisse.

Soins consécutifs à l'opération.

Après avoir ainsi ouvert un accès à l'air et ranimé la respiration prête à s'éteindre, il est nécessaire de pourvoir aux moyens de maintenir cette fonction dans dans toute son intégrité. On y parvient en empêchant l'ouverture faite à la trachée de s'obstruer, et l'on a proposé, pour atteindre ce but, plusieurs moyens : je vais les passer en revue, en commençant par les diverses canules qui sont le plus généralement employées.

La canule destinée à fournir une entrée libre à l'air est un instrument fort ancien ; mais sans chercher à remonter à son origine, j'indiquerai celles qui ont été choisies par MM. Bretonneau et Trousseau

comme étant de l'usage le plus général, et je ne dirai qu'un mot de celles qui ont été proposées par d'autres médecins modernes.

Des canules.

La matière de cet instrument doit être métallique, afin que ses parois puissent être à la fois minces et résistantes : c'est l'argent qui est préféré pour leur composition. La forme de cet instrument est, suivant M. Bretonneau, celle d'un tube légèrement courbé, coupé en biseau à ses deux extrémités, de manière à ce que le côté le plus court soit le côté concave. Plus tard, M. Bretonneau a imaginé une canule en forme de tige de botte, et composée de plusieurs parties qui s'emboîtent les unes dans les autres. Mais c'est la canule courbe adoptée par M. Trousseau que l'on met ordinairement en usage.

Ces canules, pour remplir parfaitement leur but, doivent avoir une courbure appartenant à un cercle d'environ huit centimètres de diamètre. Dans cette mesure, la canule appuie par toute l'étendue de ses deux faces antérieure et postérieure sur la muqueuse trachéale, et son extrémité inférieure ne comprime l'organe ni en avant ni en arrière. Si on donnait à l'instrument une ouverture insuffisante ou exagérée, on aurait, outre l'inconvénient qui vient d'être signalé, à en redouter un plus grave encore, celui de l'insuffisance de la respiration, occasionnée par le défaut de parallélisme du tube artificiel et du canal naturel dans lequel il est introduit.

Avant M. Bretonneau, on ne donnait à la canule qu'un faible calibre : lui-même, dans ses deux premières opérations, employa des canules étroites ; mais ayant vu qu'elles étaient insuffisantes pour la respiration, il n'hésita pas à attribuer la plupart des insuccès à cette insuffisance, et c'est en effet depuis qu'on emploie des canules de grand diamètre, qu'on a obtenu les nombreuses guérisons citées plus haut. D'après M. Trousseau, on peut, en général, juger que l'ouverture de la canule est suffisante lorsque, dans une grande inspiration, le bruit causé par l'entrée de l'air n'est pas plus fort que celui

qui serait produit dans le larynx à l'état sain. Voici, d'après ses observations, la moyenne des dimensions que doit présenter l'instrument suivant les âges :

	Ouverture ant.	Ouvert. post.	Grande courbe.	Petite courb.
Homme de taille ordinaire	0,015m...	0,012m...	0,065m...	0,050m.
Femme de taille ordinaire	0,013....	0,011....	0,060....	0,045
Enfant de huit à douze ans	0,012....	0,009....	0,055....	0,040
Enfant de cinq à huit ans	0,011....	0,008....	0,050....	0,036
Enfant de deux à cinq ans	0,010....	0,007....	0,045....	0,035
Enf. au-dessous de deux ans	0,009....	0,005....	0,042....	0,033

Le praticien qui ne sera pas à portée de se pourvoir promptement d'instrumens, devra donc avoir une collection de canules de ces diverses dimensions.

Introduction de la canule.

Cette partie de l'opération mérite quelques détails, car le praticien pourrait se voir désagréablement arrêté par les difficultés qui quelquefois se présentent dans une manœuvre en apparence si simple.

PROCÉDÉ DE M. TROUSSEAU.

Placez dans l'ouverture de la trachée les mors réunis du *dilatateur*, et tandis qu'avec la main gauche vous en rapprochez les branches, mouvement qui produit l'écartement des mors, faites glisser entre ceux-ci la canule tenue dans la main droite. Ayez grand soin de faire décrire à l'instrument une courbe analogue à celle qu'il représente lui-même, et n'employez qu'un effort médiocre, afin de ne point pousser la canule entre le corps thyroïde et la trachée, et de ne point refouler la muqueuse trachéale.

PROCÉDÉ DE M. GERDY.

Introduisez dans la canule une sonde de gomme élastique, et portez l'extrémité de celle-ci dans la trachée où elle pénétrera facilement. Puis, sur ce conducteur, faites glisser la canule, que vous introduirez sans peine et sans crainte qu'elle dévie. Ce procédé est très-simple et offre beaucoup d'avantages.

Fixation des canules.

Les canules portent, à leur ouverture externe, un rebord qui les empêche de pénétrer dans la trachée, et sur lequel sont, de chaque côté, deux petits anneaux où l'on a préalablement passé des fils ou des rubans; on noue ces liens derrière le cou, d'une manière assez étroite pour que l'instrument soit bien maintenu, mais non pas de manière à exercer une compression nuisible à la circulation veineuse.

Malgré ces précautions, il peut arriver que la canule soit chassée, et cet accident peut être assez grave pour causer rapidement la mort. M. Trousseau a vu trois exemples de cet accident, qui est surtout dangereux lorsque le gonflement inflammatoire est considérable, et que les tissus engorgés sont tout prêts à boucher l'ouverture artificielle. Le médecin devra donc être toujours prêt à replacer l'instrument, et c'est alors qu'il sentira l'importance des préceptes indiqués plus haut pour l'introduction des canules, car cette introduction peut être très-difficile.

Il est une autre circonstance qui rend le maintien de la canule difficile : c'est la détumescence des tissus, après leur intumescence inflammatoire. Alors, en effet, l'extrémité extérieure de la canule faisant une trop grande saillie, l'instrument se déplace avec une grande facilité. M. Trousseau a imaginé, pour obvier à cet inconvénient, de faire faire :

1° Une canule avec un tuyau d'allongement comme une lorgnette, de telle sorte que l'extrémité extérieure formée par le tuyau interne, pouvant rentrer à volonté, on raccourcit facilement la canule qui peut servir pendant tout le cours du traitement; 2° des canules plus courtes, taillées en biseau à la partie inférieure de leur face convexe. Celles-ci ne peu-

vent être employées qu'après la détumescence des tissus; mais elles ont l'avantage de permettre aux mucosités de venir battre contre le larynx; ce qui, suivant M. Trousseau, peut détacher les lambeaux de la fausse membrane qui sont encore adhérens[1].

Des dilatateurs.

Les canules, comme je l'ai déjà dit, et comme on le verra encore plus tard, ont des inconvéniens qu'on ne peut nier. C'est ce qui a engagé quelques médecins à rendre permanent un instrument employé d'une manière temporaire par M. Trousseau, c'est-à-dire le *dilatateur*. M. Gendron est un de ceux qui ont le plus insisté pour faire admettre cet instrument, qu'il applique de la manière suivante :

DILATATEURS DE M. GENDRON.

Il y en a de plusieurs formes; mais on peut dire, d'une manière générale, qu'ils consistent tous dans une espèce de pinces sans branches, dont on éloigne les extrémités à l'aide d'une vis de rappel. Ces extrémités aplaties, et recourbées deux fois dans le sens de leur largeur, sont introduites rapprochées dans la trachée, puis éloignées peu à peu au moyen de la vis. M. Gendron en a imaginé d'autres qui n'ont qu'une seule courbure, et qu'il faut fixer avec un fil autour du cou. Je n'insiste pas sur ces dilatateurs, parce qu'ils sont peu usités et augmentent l'arsenal chirurgical.

Ch. Bell a voulu employer comme dilatateur un simple *fil de fer* plié de manière à laisser entre ses deux branches un certain écartement, et qu'on introduit par sa convexité dans l'ouverture faite à la trachée. Mais il est extrêmement difficile de le maintenir en place.

[1] On trouvera un dessin de ces canules dans le *Journal des Connaiss. méd.-chirurgic.*; septembre 1834, nº 1, tom. II, pag. 7.

Les canules bivalves, comme celle de M. Moreau (*Gazette médicale*, t. III, 1835), ont, ainsi que le dilatateur de M. Gendron, l'inconvénient de permettre aux parties molles des bords de la plaie de faire saillie entre leurs valves. On ne les a pas adoptées.

Enfin M. Maslieurat Lagémard (*Gazette médicale*, t. IX) a imaginé un dilatateur à double crochet qui est très-simple, et, ainsi que l'a fait remarquer M. Blandin, à la portée de tout le monde. Mais le moyen employé par ce médecin dans un cas de guérison, et avant qu'il n'eût imaginé son dilatateur, est encore plus simple.

N'ayant aucun instrument à sa disposition, il eut l'idée de courber *deux épingles* en crochet, et les implantant une de chaque côté de la trachée, après avoir lié un fil autour de leur tête, il attacha celui-ci derrière le cou, de manière à exercer une traction sur chaque lèvre de la plaie trachéale. Au bout de deux jours, cette traction avait produit un écartement qui devint permanent après l'enlèvement des épingles, et la respiration ne fut pas interrompue jusqu'à la guérison.

Le praticien ne doit pas perdre de vue un moyen aussi facile.

Perte de substance à la trachée.

Enfin quelques médecins, frappés des inconvéniens que peuvent présenter les instrumens, quels qu'ils soient, ont pensé qu'on les éviterait en ouvrant à l'air un libre passage à travers les parties, sans le secours d'aucun dilatateur. Le célèbre chirurgien anglais Lawrence a conseillé d'enlever une

partie des cerceaux cartilagineux incisés, et il a pratiqué cette opération, qu'après lui M. Carmichael a faite de la manière suivante (*Trans. of the assoc. of the Dublin coll. of Phys.*, t. IV, 1834, p. 312):

L'incision de la trachée étant pratiquée, l'opérateur, muni d'une paire de ciseaux propres à l'opération du bec de lièvre, en introduisit une lame dans le canal aérien par la partie inférieure de l'incision; puis, dirigeant l'extrémité des ciseaux en dehors, il coupa obliquement les cerceaux cartilagineux dans une étendue égale à la moitié de l'incision longitudinale. Le lambeau qui en résulta fut maintenu au dehors par des pinces, et la pointe des ciseaux portée plus haut, mais en dedans, vers l'extrémité supérieure de la plaie, acheva de détacher une portion triangulaire de la trachée. La même manœuvre ayant été exécutée de l'autre côté, il en résulta une perte de substance en losange, qui ne pouvait pas se refermer, et par où l'air pénétra jusqu'à l'époque de la guérison.

On a reproché à ce procédé 1° d'être très-difficile à exécuter; 2° de rendre l'opération beaucoup plus longue; 3° de ne pas donner une ouverture suffisante; 4° de ne pas obvier à l'obstruction de l'ouverture artificielle occasionnée par le gonflement inflammatoire des tissus; 5° de faire à la trachée une perte de substance qui peut plus tard en diminuer le calibre et rendre l'entrée de l'air insuffisante.

Le premier reproche est fondé, ainsi que l'a démontré le docteur Ryland (*the Edimb. med. and surg. Journ.*, vol. XLIX, p. 579, 1838), et de l'aveu même de ceux qui ont proposé cette modification. Le second ne l'est pas moins, surtout relativement à la laryngite pseudo-membraneuse, où la rapidité de

l'opération est si nécessaire. Quant au troisième et au quatrième, ils paraissent fort graves en théorie, et je suis peu surpris qu'ils soient venus à l'esprit des chirurgiens; mais la pratique n'a pas confirmé la théorie, car dans les cas où ce procédé a été employé, la respiration, quoique assez souvent gênée par l'obstruction que causait un mucus visqueux arrêté sur les lèvres de la plaie, n'a point été interrompue. Il suffisait d'une petite éponge pour enlever facilement l'obstacle, et l'on n'avait pas à craindre les terribles accidens occasionnés par la sortie de la canule. Pour ce qui est du rétrécissement consécutif de la trachée, il faut dire que les auteurs ne s'en sont pas occupés, et c'est là une omission grave; car la crainte de voir un organe aussi essentiel devenir insuffisant doit inspirer de vives inquiétudes sur les suites de l'opération.

Moyens de désobstruer la canule ou l'ouverture dilatée de la trachée.

Une fois la canule en place, il faut la tenir toujours libre, et la débarrasser des lambeaux pseudo-membraneux et du mucus visqueux qui vient sans cesse l'obstruer. Pour parvenir à ce but, soyez attentif pendant les efforts de toux, et si une fausse membrane se présente, saisissez-la avec des pinces et retirez-la doucement, de crainte de la rompre. Si c'est uniquement du mucus qui obstrue la canule, nettoyez-la avec l'*écouvillon* de M. Bretonneau, que l'on fabrique de la manière suivante (voy. *Trait. de la diphth.*, p. 324):

ÉCOUVILLON DE CRIN.

Prenez quelques brins de crin flexible, disposés entre les branches d'un fil d'acier ou de laiton replié sur lui-même. Également et parallèlement répartis dans un espace d'environ 3 centimètres, ils doivent se toucher et même se recouvrir. Les deux fils, saisis avec des pinces immédiatement au-delà du crin, sont tordus en spirale. Entraînés par la torsion, les crins perdent leur parallélisme pour converger autour de l'axe sur lequel ils se trouvent fixés. Dès qu'ils sont ainsi saisis et solidement arrêtés entre les révolutions de la double hélice, vous n'avez plus qu'à les tailler, pour donner à la petite brosse la forme d'une boule portée sur une tige qui est constituée par les deux fils d'acier contournés l'un sur l'autre. Il est bon d'assujétir cet écouvillon sur un petit manche fait avec une plume ou un petit morceau de bois.

Cet écouvillonnement doit être pratiqué aussi souvent que la respiration paraît embarrassée.

Quelquefois cette manœuvre ne suffit pas, et il faut ôter la canule pour la nettoyer. C'est alors qu'on éprouve de grandes difficultés pour la replacer.

DOUBLE CANULE DE M. BRETONNEAU.

M. Bretonneau a imaginé, pour obvier à cet inconvénient, d'introduire deux canules entrant facilement l'une dans l'autre, et assez minces pour ne pas trop diminuer l'ouverture qui donne passage à l'air. S'il y a obstruction, on retire la canule interne, et après l'avoir nettoyée on la replace promptement.

Si l'on faisait usage du dilatateur, on emploierait, pour nettoyer l'ouverture, l'écouvillon à éponge dont il sera parlé plus loin.

Enfin, dans les cas où une perte de substance a été pratiquée à la trachée, le simple nettoyage avec une éponge a suffi pour tenir l'ouverture libre.

Manière de désobstruer la trachée et les bronches.

M. Trousseau ne s'est pas borné à maintenir la canule toujours libre, il a encore imaginé de débarrasser profondément le canal aérien lui-même. Je ne peux mieux faire que de lui emprunter la description de ce qu'il appelle l'*écouvillonnement:*

ÉCOUVILLONNEMENT DE M. TROUSSEAU.

S'il n'y a pas dans la trachée une fausse membrane trop adhérente, prenez un écouvillon formé d'une tige de baleine, souple, arrondie, et longue de 24 centimètres.

Faites à l'une de ses extrémités une coche circulaire et fixez-y un petit morceau d'éponge fine. Enfoncez-le rapidement de 8, 11, 14 et même 17 centimètres, en lui faisant exécuter un mouvement de rotation; puis faites-le cheminer plusieurs fois de haut en bas, et retirez-le en continuant d'imprimer le mouvement de rotation indiqué. Chaque écouvillonnement ne dure pas plus de deux ou trois secondes. L'éponge retirée, un aide l'exprime avec un morceau de linge, et enlève le mucus qui l'enduit. Réintroduisez immédiatement l'instrument, et ainsi de suite, jusqu'à ce que vous ayez emporté ou les mucosités ou les fausses membranes que vous entendez bruire dans la trachée. Avant de commencer l'écouvillonnement, il faut, en général, injecter dans les bronches une demi-cuillerée à café d'eau tiède ou froide. Cette eau, l'écouvillon, l'air qui entre et sort, ébranlent, brassent et entraînent au dehors tout ce qui se trouve dans les conduits aériens. L'écouvillonnement provoque le plus souvent une toux extrêmement fatigante; mais quand les enfans n'ont pas été épuisés par les émissions sanguines, quand déjà l'inflammation pelliculaire est modifiée, et qu'il ne se sécrète plus que du mucus, il suffit de passer une fois ou deux l'écouvillon, et la manœuvre est alors si simple, que le plus souvent les enfans endormis ne se réveillent pas.

Le premier écouvillonnement doit se faire immédiatement après l'opération : par là vous entraînez le sang, le mucus

et la plupart des concrétions croupales. Ainsi la membrane muqueuse est mise à nu, condition nécessaire pour que les médicamens topiques puissent la modifier. Et ici M. Trousseau pose le précepte d'*écouvillonner à fond toutes les fois que l'on veut agir directement sur la membrane muqueuse.*

Si la fausse membrane est trop adhérente et ne peut être entraînée par l'éponge, servez-vous de l'*écouvillon* de crin décrit plus haut.

Cautérisation.

C'est encore à M. Trousseau que j'emprunterai les détails relatifs à cette partie de l'opération (voy. *Dict. de Méd.*, t. IX, p. 387 : « Lorsque la trachée et les bronches sont bien nettoyées, on procède, dit cet auteur, à la cautérisation. Celle-ci se fait de deux manières : 1° *par attouchement ;* 2° *par instillation.* »

Cautérisation par attouchement.

℞	Nitrate d'argent cristallisé..................	1 gramme.
	Eau distillée............................	4 grammes.

Dissolvez.

Imbibez de cette liqueur caustique un écouvillon d'éponge, et portez-le à plusieurs reprises sur tous les points de la membrane muqueuse que vous pouvez atteindre. De cette manière, vous ne répandez pas de solution caustique dans les bronches. Cette cautérisation doit être répétée au moins trois fois le premier jour, et deux fois les deux jours suivans.

Cautérisation par instillation.

℞	Nitrate d'argent cristallisé............	0,20 grammes.
	Eau distillée.........................	4 grammes.

Dissolvez.

Remplissez de la liqueur caustique une plume à écrire, et versez-la dans la trachée, en profitant, autant que possible, d'un mouvement d'inspiration. Immédiatement après, instillez de l'eau, et écouvillonnez vigoureusement, jusqu'à ce que les canaux aériens soient bien nettoyés. La cautérisation

par instillation doit être répétée deux ou trois fois pendant trois jours. Si après l'opération vous avez pu constater qu'il n'y avait pas de concrétions croupales au delà du larynx, contentez-vous des cautérisations par attouchement.

On doit être très-réservé dans l'emploi de ces dernières cautérisations. Des expériences sur les animaux ont prouvé que si la liqueur caustique parvenait dans les petites bronches, non-seulement elle pourrait coaguler le mucus et intercepter le passage à l'air, mais encore produire de dangereuses lésions dans le tissu pulmonaire. M. Bretonneau n'emploie jamais ce mode de cautérisation, et M. Trousseau s'exprime ainsi à leur sujet : « Les succès obtenus par M. Bretonneau, qui n'emploie que la cautérisation par attouchement, doivent rendre circonspect dans l'emploi des instillations que j'ai beaucoup conseillées, et que j'ai peut-être trop employées. »

Instillations d'eau dans les bronches.

C'est encore M. Trousseau qui a préconisé ce moyen. Suivant lui, ces instillations ont l'avantage de délayer le mucus et de rendre plus facile l'expectoration, ainsi que l'enlèvement des lambeaux pseudo-membraneux.

Instillations pour détacher les fausses membranes tenaces.

Injectez d'un seul coup, dans la trachée, une cuillerée à café d'eau tiède, puis procédez immédiatement à l'*écouvillonnement* avec l'éponge. Cette manœuvre doit être répétée quatre ou cinq fois toutes les vingt-quatre heures, pendant les deux ou trois premiers jours qui suivent l'opération.

Instillations pour délayer ou ramollir les mucosités.

Versez dans la trachée deux ou trois gouttes d'eau tiède, de

quart d'heure en quart d'heure. Ces instillations seront continuées jusqu'à ce que la respiration soit libre.

Telles sont les manœuvres qui ont été conseillées et décrites avec soin par M. Trousseau. Elles ont trouvé des critiques sévères. On leur a reproché d'irriter les bronches, d'aggraver les accidens, et de s'opposer à la guérison plutôt que de la favoriser. Il est certain que l'instillation d'un caustique a quelque chose d'effrayant, et M. Trousseau lui-même paraît en redouter le danger. L'introduction de l'écouvillon dans la profondeur des voies aériennes paraît aussi très-audacieuse, surtout si l'on considère que l'avulsion des fausses membranes dans les points les plus accessibles, comme la bouche et le pharynx, est une manœuvre sans résultat utile. Toutefois, avant de condamner cette pratique, on aurait dû se rappeler qu'elle appartient au médecin qui a obtenu les plus nombreux succès. Quant aux instillations d'eau, elles ont, outre les avantages déjà indiqués, celui de provoquer une forte toux qui expulse le mucus visqueux dont les bronches se laissent obstruer.

Derniers soins après l'opération.

On peut les résumer de la manière suivante :

1°. Enlevez la canule pour la nettoyer ou pour écouvillonner les bronches. On le fera trois fois dans les vingt-quatre heures pendant les trois jours qui suivent l'opération, deux fois les trois jours suivans, et ensuite une fois jusqu'à ce qu'on ferme la plaie. (Trousseau.)

2°. Dans les deux ou trois premiers jours qui suivent l'opération, ayez soin d'introduire le dilatateur dès que vous enlèverez la canule, car la plaie tend fortement à se refermer, et un trop long retard rendrait difficile l'introduction du tube métallique.

3°. Si le cinquième ou sixième jour vous n'entendez pas l'air passer un peu par les voies naturelles dans les grands efforts de toux, portez une ou deux fois la solution caustique dans le larynx, à l'aide d'une baleine forte, recourbée, et armée d'une petite éponge : cette médication bien simple suffit pour faciliter le passage de l'air et des mucosités.

4°. Dès que le larynx vous paraîtra libre, bouchez la canule en tout ou en partie, suivant le plus ou moins de liberté de la respiration. Pour la première fois, la canule ne reste bouchée qu'un quart d'heure ou une heure au plus; vous la rebouchez quelques heures après pendant deux ou trois heures, puis pendant dix ou douze heures.

5°. Lorsque la respiration devient facile, enlevez la canule, nettoyez la plaie, et rapprochez-en exactement les bords avec des bandelettes de taffetas d'Angleterre. Recouvrez l'appareil de coton cardé et d'une cravate peu serrée, dont le plein est appliqué derrière la nuque, et dont les chefs viennent se croiser au-devant du cou, pour passer sous les aisselles et se nouer derrière le dos. Changez le bandage deux fois par jour. Ordinairement, après quatre, six ou huit jours, l'ouverture de la trachée est entièrement cicatrisée : il ne reste alors qu'une plaie simple, qui ne tarde pas à se guérir. Que si la plaie se recouvre de concrétions, ce qui arrive assez fréquemment, saupoudrez-la de calomel, médicament qui modifie en peu de temps cette disposition morbifique.

6°. Pendant que vous agirez ainsi, ne négligez pas le traitement de la diphthérite dans le pharynx, qu'elle occupe presque constamment, et dans la bouche, où elle se rencontre assez souvent. Pour remplir cette indication, portez deux ou trois fois par jour, sur les parties malades, un mélange de huit grammes d'acide hydrochlorique pour soixante grammes de miel rosat, ou bien encore une forte proportion d'alun dans du sirop de sucre ou du miel.

Tels sont les détails que j'avais à présenter sur cette importante et délicate opération. Les praticiens ne les trouveront pas trop longs, lorsqu'ils se rappel-

leront que de tous les soins qui y sont recommandés, de toutes les précautions indiquées, dépendent le succès ou l'insuccès d'un moyen qui peut rendre la vie au malade. Ce sont des choses qu'il faut étudier soigneusement et avoir toujours présentes à l'esprit; car le plus léger oubli peut être irréparable. Voyons maintenant quelles sont les indications et les contre-indications de la trachéotomie.

Indications de la trachéotomie.

1°. La trachéotomie doit être pratiquée toutes les fois que les symptômes d'asphyxie ont commencé; que la voix est éteinte, et que les efforts de la toux et du vomissement ne paraissent plus suffisans pour expulser les fausses membranes. En pareil cas, il ne faut pas hésiter, à moins d'une des contre-indications qui sont énumérées plus bas.

2°. Caron soutenait qu'il faut opérer dès que le croup est confirmé, c'est-à-dire dès qu'on est sûr que la pseudo-membrane a gagné le larynx. Aujourd'hui on met moins d'empressement à faire l'opération; mais je ne doute pas qu'on n'en vienne à agir plus tôt qu'on ne le fait habituellement, et déjà on peut penser que les succès nombreux obtenus par la trachéotomie sont, en bonne partie, dus à l'époque moins avancée où l'on y a recours.

Ainsi, dans le cas où le trouble de la respiration serait extrême, et où, malgré la médication la plus énergique, vous n'obtiendriez pas l'expulsion de la fausse membrane, n'attendez pas, pour opérer, que les forces soient complétement abattues, que les fausses membranes se soient étendues jusqu'aux bronches, et que le sang artériel soit presque entièrement converti en sang veineux. Votre apparente témérité sera de la prudence aux yeux de celui qui a étudié les faits.

Contre-indications de la trachéotomie.

1°. M. le docteur Barth a, dans un cas où les bronches étaient envahies par les fausses membranes (*Archiv.*, 1838-39), entendu, en consultant la poitrine, un murmure vibrant,

un tremblottement très-bruyant qui lui parut se produire dans le thorax même. Ce bruit était semblable à celui que produiraient des lambeaux membraneux flottans dans les bronches et agités par le passage de l'air. Si, dans un cas de croup, on entendait ce bruit, il faudrait s'abstenir de l'opération, qui serait inutile. Mais les auteurs du *Compendium* ont cité un fait qui prouve que ce signe n'est pas constant.

2°. L'existence d'une pneumonie simple n'est pas une contre-indication, suivant M. Guersant. Il n'en est pas de même d'une pneumonie double.

3°. L'existence des tubercules dans les poumons, si elle était bien constatée, est aussi regardée comme une circonstance qui s'oppose à l'opération.

4°. Toute maladie organique grave et très-avancée est dans le même cas. On ne doit pas oublier que, chez les adultes en particulier, le croup n'est qu'une complication et le dernier terme de la maladie principale.

Après avoir fait connaître les divers procédés opératoires, et signalé tous les avantages de la trachéotomie convenablement pratiquée, je dois rappeler au praticien qu'il s'agit néanmoins d'une opération grave, quelquefois suivie d'une mort très-prompte, et que, dans tous les cas, il faut s'attendre à voir succomber au moins les deux tiers des opérés. Ainsi il n'aura pas une confiance aveugle dans ce moyen extrême; et tout en insistant avec courage pour pratiquer l'opération qu'il aura jugée nécessaire, il ne donnera pas un trop grand espoir aux parens du malade. Il représentera le sujet comme étant voué à une mort certaine, si l'on ne consent point à l'opération, mais il ne dissimulera pas le danger, même dans le cas où l'on y consentirait.

Je n'ai point parlé des tentatives faites par Dupuytren pour enlever les fausses membranes *sans tra-*

chéotomie, et en les allant chercher par la bouche dans la glotte elle-même. Ces tentatives, que tout le monde s'accorde à regarder comme infructueuses, n'ont pas été renouvelées.

Régime. Au début de la maladie, et tant que la fièvre est intense, on tient le malade à la diète absolue; mais dès que la fièvre commence à tomber, il faut, surtout si le sujet est un jeune enfant, se hâter de donner quelques alimens légers; du lait, du bouillon coupés ou purs, de légers potages. Suivant M. Trousseau, on doit agir de la même manière immédiatement après la trachéotomie, et tant que dure la fièvre traumatique. C'est au médecin à juger, par le degré de force du malade, de la conduite qu'il doit tenir. Mais, dans tous les cas, il se hâtera de prescrire un régime nourrissant dès que la fièvre aura complétement cessé.

Traitement prophylactique. Tant que le diagnostic de la laryngite pseudo-membraneuse n'a pas été nettement établi, on a cru à de nombreuses récidives de cette maladie; les attaques réitérées de laryngite striduleuse donnaient lieu à cette croyance. Aussi n'est-on pas surpris de voir nos devanciers proposer un grand nombre de moyens propres à prévenir le retour d'une aussi grave affection. Aujourd'hui qu'on n'a plus les mêmes craintes, on ne prend pas les mêmes précautions. Mais dans le cas où les laryngites pseudo-membraneuses seraient très-fréquentes, y aurait-il quelques moyens propres à préserver les enfans de cette maladie? Avec M. Guersant, il faut répondre qu'on ne peut véritablement compter que sur les précautions hygiéniques, sur l'éloignement des sujets de tout foyer d'infection, et sur un régime fortifiant.

Quant aux cautères, aux vésicatoires, aux vomitifs et aux purgatifs souvent répétés, et, en un mot, à tous les moyens pharmaceutiques, il faut y renoncer entièrement.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° Saignées; sangsues; ventouses scarifiées; émolliens.

2°. Vomitifs (émétique; ipécacuanha, etc.); purgatifs.

3°. Sulfure de potasse; polygala; alcalis. L'efficacité et surtout la vertu spécifique de ces médicamens sont loin d'être démontrées.

4°. Préparations mercurielles (calomel; frictions avec l'onguent mercuriel, etc.).

5°. Dérivatifs; révulsifs; antispasmodiques.

6°. Cautérisation : avec l'acide hydrochlorique, le nitrate d'argent, etc.; cathérétiques (alun; chlorure de chaux, etc.).

7°. Insufflation de poudres mercurielles; calomel, précipité rouge.

8°. Trachéotomie.

ARTICLE V.

LARYNGITE ULCÉREUSE AIGUË ET CHRONIQUE.
(*Phthisie laryngée* [1]).

La laryngite ulcéreuse est, sans contredit, une des maladies dont l'histoire offre le plus de difficultés. Jusqu'à présent les auteurs ont traité, dans un

[1] Quoique la laryngite ulcéreuse ne soit pas la seule affection du larynx qu'on ait désignée sous le nom de *phthisie laryngée*, j'ajoute cette dénomination comme lui ayant été plus particulièrement appliquée qu'à toute autre maladie.

seul et même article, de toutes les espèces de laryngites chroniques qu'ils ont désignées sous le titre générique de *phthisie laryngée;* il en résulte que les symptômes propres, les causes, la marche, et généralement les points les plus importans de l'affection dont il s'agit ici, sont extrêmement obscurs. Cependant je ne peux me dispenser de décrire à part cette forme si importante de la laryngite, qui est à l'inflammation simple du larynx comme le coryza ulcéreux au coryza simple. J'ai réuni, dans ce but, un assez grand nombre de documens dont quelques-uns n'avaient pas encore été suffisamment étudiés, et la suite de cet article montrera, je pense, que si une bonne classification des maladies du larynx est très-difficile, elle n'est pas impossible, comme le pensent MM. Trousseau et Belloc (*Traité prat. de la Phthisie laryngée*, etc., p. 87; Paris, 1837). Sans doute l'observation ultérieure pourra apporter quelques modifications à la classification que j'ai établie, mais on ne saurait douter, après avoir parcouru les travaux publiés sur ce sujet, qu'elle n'ait actuellement une utilité réelle.

C'est à Morgagni et Borsieri que nous devons, suivant J. Frank, les premières notions bien précises sur la laryngite ulcéreuse. Cependant, pour quiconque a lu ces auteurs sans prévention, il est évident qu'après eux l'histoire exacte de la maladie était entièrement à faire, ainsi que l'a dit M. Cayol (*Recherches sur la Phthisie trachéale*, Thèse; Paris, 1810). Dans ces derniers temps, des travaux assez nombreux ont été publiés sur ce sujet : le plus récent est l'*Histoire de la Phthisie laryngée*, par MM. Trousseau et Belloc. Je n'insiste pas sur cet

aperçu historique; mais dans l'article qui va suivre on verra que les anciens ont été consultés aussi bien que les modernes.

§ Ier. — Définition; synonymie; fréquence.

Je donne le nom de *laryngite ulcéreuse* à celle qui occasionne une déperdition de substance dans le tissu du larynx, que cette lésion s'accompagne ou non de carie, de nécrose des cartilages, de fistules, etc. Il vaudrait mieux, sans doute, pouvoir distinguer les ulcérations suivant leurs espèces, et les décrire séparément; mais la science n'est pas encore assez avancée sur ce point.

On a généralement donné à cette maladie le nom de *phthisie laryngée.* Les anciens la désignaient sous celui d'*ulcera asperæ arteriæ;* Sauvages (*Nos. method.*, t. I, p. 787; Amst. 1768) a décrit à la fois, sous le titre de *paraphonologia ulcerosa*, les ulcères du pharynx, du larynx et de la trachée. Il les range dans la classe sixième, intitulée : *Debilitates.* On trouve cette maladie décrite sous les dénominations d'*ulcères*, *chancres du larynx*, *ulcération*, *carie*, *nécrose.* M. Petit-Radel (*Cours de Mal. syph.*; Paris, 1812; t. I, p. 280), par le nom de *métaptose gonorrhoïque du larynx*, a sans doute désigné quelques cas de ce genre.

Quant à la *fréquence* de la maladie, il faut établir une distinction très-importante. Si l'on considère les ulcérations du larynx dans toutes les circonstances où elles se produisent, on peut dire qu'elles sont bien loin d'être rares. Il est, en effet, une affection bien commune qu'elles viennent assez souvent compliquer : c'est la phthisie pulmonaire. Mais si l'on

n'a égard qu'aux cas où la laryngite ulcéreuse constitue la maladie principale, et où par conséquent elle exige tout particulièrement les soins du praticien, on reconnaît qu'elle est peu fréquente, quoiqu'il en existe des exemples incontestables. En compulsant les observations recueillies en grand nombre par MM. Trousseau et Belloc, et empruntées aux principaux auteurs, nous n'en trouvons guère qu'une douzaine qui remplissent les conditions que je viens d'indiquer.

§ II. — Causes.

1°. *Causes prédisposantes.*

Tous les auteurs s'accordent à dire que la laryngite ulcéreuse n'est pas une affection du jeune âge. Dans 12 observations que j'ai rassemblées, l'âge des sujets a varié entre 19 et 68 ans : la plupart ayant de trente à quarante-cinq ans, ainsi que l'avait déjà remarqué J. Frank. Cependant M. Boudet (*Hist. de l'Ép. de croup; Archiv. de Méd.*, 1842) a cité deux cas de laryngite ulcéreuse bien évidente chez des enfans de huit et de onze ans. C'est là un point d'étiologie qui demande à être plus amplement étudié.

Sexe. En tenant compte de tous les cas de phthisie laryngée recueillis par les auteurs, on trouve une proportion beaucoup plus considérable de sujets du sexe masculin que du sexe féminin. Dans 14 cas où la laryngite était la maladie principale, je trouve au contraire 9 femmes, c'est-à-dire une proportion tout à fait inverse. Ce résultat est-il uniquement l'effet du hasard? Je livre cette question à l'attention des observateurs.

Des recherches exactes n'ont point été faites sur

la *constitution* la plus favorable au développement de cette maladie; mais on a mis au nombre des causes prédisposantes : *un climat froid*, *l'hiver*, *les affections fréquentes de la gorge*, *les grands efforts de la voix et l'aspiration répétée d'une quantité considérable de poussière dans certaines professions*. Il serait inutile de chercher à contrôler ces assertions, car les faits nous manquent.

2°. *Causes occasionnelles.*

Il est extrêmement difficile de dire quelque chose de positif sur les causes occasionnelles; cela tient, d'une part, à ce que le nombre des observations est trop restreint, et, de l'autre, à ce que les auteurs, quand il s'est agi des causes, ont parlé de toutes les maladies qui constituent la phthisie laryngée en général. Dans les observations que je possède, je trouve 3 cas dans lesquels on a attribué la maladie à l'action du *froid*; quant à l'usage *des boissons froides*, le corps étant en sueur, aux *cris violens*, à l'*usage immodéré des liqueurs fermentées*, etc., ces causes paraissent déterminer bien plutôt la laryngite simple que la laryngite ulcéreuse.

Reste maintenant une cause spécifique qui mérite notre attention : c'est la *syphilis*. Ici les avis sont très-partagés. Ainsi, d'une part, nous avons J. Frank et quelques autres auteurs qui pensent que la syphilis est une cause fréquente de la laryngite ulcéreuse; et, d'autre part, Cullerier, M. Lagneau, qui disent formellement que les ulcères syphilitiques du larynx sont excessivement rares, et Swediaur, Bell, Cirillo, M. Ricord, qui n'en font pas même mention.

Cependant MM. Trousseau et Belloc citent 7 observations sur 62, dans lesquelles tout portait à croire que l'affection était de nature syphilitique. Dans les observations que j'ai rassemblées, il en est 5 qui sont évidemment de la même nature. Je citerai, entre autres, celles de Zacutus Lusitanus (*Prax. med. adm.;* Lugd., 1643, obs. CVII) et de M. Ch. Lépine (*Diss. sur la Phthisie lar.*, Thèse; Paris, 1816). Ainsi l'opinion de Cullerier et des autres syphiliographes ne saurait être admise.

§ III. — Symptômes.

En parcourant les observations, j'ai été d'abord frappé de la différence qui existe dans la marche des diverses espèces d'ulcération laryngienne. J'ai vu qu'il y en avait plusieurs qui marchaient très-rapidement, s'accompagnaient de symptômes très-aigus, et donnaient souvent lieu à une terminaison funeste. Je crois donc devoir décrire séparément la *laryngite ulcéreuse aiguë* et la *laryngite ulcéreuse chronique.* Faut-il aussi consacrer un article séparé à la *laryngite ulcéreuse syphilitique?* je ne le pense pas, parce que je n'ai pu trouver aucun caractère particulier dans ses symptômes.

Laryngite ulcéreuse aiguë. Les auteurs n'ont généralement pas étudié cette espèce; cependant M. Hawkins (*Lond. med. and phys. Journal*, avril-mai 1823) a décrit une ulcération gangréneuse aiguë qui, selon lui, atteint presque toujours le pharynx avant de gagner le larynx. J'ai trouvé plusieurs cas de laryngite ulcéreuse aiguë bien évidente; ils sont empruntés à MM. Travers Blackley (*Dublin Journ.;* juillet 1838), Mac-Adam (*Lond. med. chir.*

Review; 1835, octobre), Henderson (*ib.;* avril 1841, p. 550), MM. Cruveilhier (*Dict.* en 15 vol., art. *Laryng.*), Legroux, Costallat, Pâtissier, etc. etc. J'ai déjà dit que M. Boudet en avait observé deux exemples. Toutefois ces observations n'ont pas été toutes présentées comme des laryngites ulcéreuses, parce que la maladie s'est terminée par un *œdème de la glotte*, affection qui a exclusivement attiré l'attention de leurs auteurs. Mais comme les symptômes qui ont précédé ceux de l'œdème appartiennent évidemment à une inflammation ulcéreuse, et que par conséquent la maladie primitive, principale, celle qui a donné lieu à tous les accidens consécutifs, était la laryngite ulcéreuse aiguë, on ne peut s'empêcher de restituer à cette maladie sa place distincte dans le cadre nosologique.

Début. C'est presque toujours dans le cours ou *dans la convalescence* d'une autre maladie, telle que la pneumonie, une fièvre intermittente, etc., que se développe la laryngite ulcéreuse aiguë. Un *mal de gorge*, souvent léger, parfois intense, se fait d'abord sentir; la *voix* devient rauque, comme dans la laryngite simple; la *respiration* est un peu gênée, sans accès de suffocation évidens. En même temps la *fièvre* prend une nouvelle force, si la laryngite se déclare dans le cours d'une affection en voie de guérison. Lorsqu'elle survient sans maladie préalable, la fièvre se manifeste d'abord avec peu d'intensité : la peau est chaude, le pouls dur, développé, un peu plus fréquent qu'à l'état normal. Il est très-facile alors de prendre la maladie pour un mal de gorge ordinaire, car rien dans l'expectoration ou dans les autres signes locaux n'annonce la présence

des ulcérations, qui peut-être aussi n'existent point encore.

Symptômes de la maladie. Après un temps qui, dans les observations que j'ai sous les yeux, varie entre vingt-quatre heures et quatre ou cinq jours, les symptômes prennent de l'accroissement : la *voix* s'éteint ou devient seulement beaucoup plus rauque ; les efforts pour parler augmentent la *douleur* et causent de l'anxiété. La *toux*, qui au début était légère, devient fréquente; dans l'observation citée par M. Travers Blackley, elle est désignée comme *croupale ;* elle détermine encore plus de douleur que les efforts de la voix, et occasionne une sensation de déchirure dans le larynx.

La *respiration* devient gênée, anxieuse; parfois même elle est sifflante et striduleuse, comme l'a remarqué M. Travers Blackley. M. Legroux (*Journ. des Connaiss. méd.-chir.;* septemb. 1839) a constaté l'existence d'un *ronflement* remarquable, et d'autres auteurs ont comparé le bruit produit dans la respiration *au cri d'un jeune coq,* etc. Mais ces divers bruits sont bien plus souvent dus à l'œdème de la glotte, produit presque toujours par l'ulcère du larynx.

La matière de l'*expectoration* a été toujours examinée avec le plus grand soin, mais on n'y a pas trouvé de caractère constant, bien tranché, qui pût dans tous les cas faire reconnaître la nature de la maladie. C'est ainsi que je vois, dans les divers auteurs cités plus haut, l'indication d'une expectoration *muqueuse*, *mucoso-purulente*, ordinairement très-abondante. Il est rare qu'on y rencontre des filets de sang.

La *douleur*, qui a déjà été signalée au début de l'affection, devient plus intense ; les malades la rapportent au larynx et à la partie supérieure du pharynx. Elle se fait plus particulièrement sentir pendant la déglutition, et parfois même alors on a noté le rejet des boissons par le nez, lorsque l'épiglotte participait d'une manière notable à l'inflammation. La pression exercée sur les côtés du larynx détermine généralement une douleur plus ou moins vive, qui augmente encore si l'on imprime des mouvemens de latéralité à l'organe.

Pendant que ces symptômes se sont ainsi aggravés, la *fièvre* a augmenté. Ainsi, dans l'observation publiée par M. Patissier (*Biblioth. méd.*, 1820, t. LXVII, p. 210), la fièvre, d'abord légère et qui ne revenait que le soir, devint bientôt plus forte et continue.

Tels sont les symptômes que, dans l'état actuel de la science, on peut assigner à la laryngite ulcéreuse aiguë ; il en est néanmoins un bon nombre d'autres qui leur succèdent et qui ont avec eux des rapports trop intimes pour qu'on doive les séparer en deux maladies distinctes ; mais ces derniers sont des signes appartenant à une affection généralement admise dans le cadre nosologique, et qui, par sa gravité et les soins particuliers qu'elle réclame, mérite de fixer spécialement l'attention du praticien. Cette affection est l'*œdème aigu de la glotte* (laryngite œdémateuse aiguë). Si en effet nous examinons toutes les observations que j'ai déjà citées, et quelques-unes de celles qui ont été publiées par M. Miller (*Mémoire sur la Laryngite purulente*, *Lond. med. Gaz.*, janvier 1833), nous voyons tous les cas se terminer

par des signes non équivoques de cette dernière maladie.

On s'étonnera peut-être de me voir ainsi faire deux maladies d'un état pathologique dont j'ai reconnu plus haut l'indivisibilité; mais je rappellerai que, dans cet ouvrage, les considérations pathologiques doivent céder la place aux considérations pratiques, et ce que j'ai fait pour la *laryngite simple* et la *laryngite striduleuse*, je n'hésite pas à le faire pour la *laryngite ulcéreuse* et l'*œdème de la glotte* qui lui succède. En effet, dès que l'infiltration séreuse ou séro-purulente, déterminée par l'inflammation ulcéreuse, a envahi la glotte, il y a pour le praticien une maladie toute nouvelle, qui prend une physionomie propre et qui exige des moyens de traitement particuliers. Que l'on n'oublie pas, seulement, que l'œdème aigu de la glotte est, dans ces cas, provoqué par les ulcères, et que par conséquent on doit tout faire pour prévenir cet accident; c'est là ce qu'il importe le plus de savoir dans la pratique.

La *laryngite ulcéreuse syphilitique* peut-elle affecter une marche aussi aiguë? C'est ce qu'il m'a été impossible de constater dans les observations que j'ai rassemblées. Mais M. Hawkins (*loc. cit.*) a décrit une forme de laryngite syphilitique qui se rapproche beaucoup de la précédente. L'ulcération aiguë commence, dit-il, par les tonsilles; on aperçoit dans ces organes une ulcération profonde, contenant une escharre épaisse et noirâtre qui s'agrandit avec rapidité et finit par gagner le larynx. Lorsque l'épiglotte et les cartilages arythénoïdes sont affectés, ajoute M. Hawkins, la mort est inévitable; la glotte se gorge de sérosités, et le malade suc-

combe à une asphyxie lente. Ainsi il n'y aurait de différence entre cette laryngite ulcéreuse aiguë et la laryngite que j'ai décrite, que dans le point de départ de l'ulcération : différence au reste qui n'est pas capitale, car dans quelques observations j'ai vu également l'inflammation ulcéreuse attaquer d'abord le pharynx. D'ailleurs, mêmes symptômes, même marche et même terminaison.

Laryngite ulcéreuse chronique. Les symptômes de la laryngite ulcéreuse chronique ont été beaucoup mieux décrits que ceux de la laryngite ulcéreuse aiguë. On le conçoit sans peine, quand on considère que cette forme a pu être étudiée très-fréquemment à l'état de complication, c'est-à-dire lorsqu'elle survient dans le cours de la phthisie pulmonaire.

La laryngite ulcéreuse chronique a dans tous les cas un *début* assez lent ; il n'est même pas rare de la voir commencer d'une manière insidieuse, et comme un mal de gorge de peu d'importance. Ce n'est que par la persistance des symptômes et par leur aggravation continuelle, que les malades commencent à concevoir quelques inquiétudes et à consulter le médecin.

La *douleur*, ce symptôme qui était toujours plus ou moins notable dans la laryngite ulcéreuse aiguë, est dans le commencement très-faible ; elle n'acquiert une véritable intensité que dans certains cas et vers la fin de la maladie. MM. Trousseau et Belloc disent même que, dans la moitié des cas, ce symptôme est nul depuis le début jusqu'à la fin de l'affection. Mais il faut se rappeler que ces auteurs décrivent à la fois la laryngite chronique ulcéreuse et

la laryngite chronique simple ; et comme dans cette dernière il y a souvent absence de douleur, ce sont ces cas qui ont motivé leur assertion. Si, en effet, j'examine de nombreuses observations empruntées à MM. Adams et Jackson (*Lond. med. Repository*, vol. X, p. 201 ; 1818), Robert (*Journ. de med.*, an XIII, p. 185), James Bedingfield, Charles Lépine, etc. etc., je trouve que la douleur a toujours existé à un degré plus ou moins considérable dans cette espèce de laryngite. Rarement les auteurs ont recherché si cette douleur augmentait par la pression ou par les mouvemens imprimés au larynx ; dans un cas où cette exploration fut faite par M. J. Bedingfield (*Cases of Ulceration of the Pharynx and Larynx ; Lond. med. Reposit.*, vol. V, p. 194 ; 1816), la douleur n'était pas notablement augmentée. La *déglutition*, au contraire, a été toujours douloureuse à une époque plus ou moins avancée de la maladie. Quelquefois on a constaté le *rejet des boissons par le nez*, et c'est lorsque l'épiglotte était notablement altérée. Enfin, même dans les cas où la douleur n'est pas très-considérable, il existe dans le larynx une gêne, un embarras marqué qui par sa persistance fatigue beaucoup les malades.

L'altération de *la voix* est certainement un des premiers et des plus importans symptômes. Ordinairement cette altération consiste d'abord en un simple enrouement; bientôt la voix devient dure, criarde ; les sons les plus discordans sont émis par le malade, surtout lorsqu'il veut faire des efforts notables de la voix. MM. Trousseau et Belloc ont fait à ce sujet des observations plus attentives que les autres auteurs : ils ont trouvé que la plus ou

moins grande intensité d'altération du timbre de la voix variait suivant un grand nombre de circonstances. Ainsi, selon eux, le passage d'une température moyenne à une température froide altère moins la voix que le passage du froid au chaud; l'enrouement est augmenté par le besoin de manger, par l'approche de la menstruation, l'abus des plaisirs vénériens. Sans doute il n'est pas impossible que toutes ces causes aient une grande influence sur l'intensité de ce symptôme; mais ce que l'on peut dire en toute assurance, c'est que si ces assertions résultent de l'observation particulière des auteurs, elle ne résulte pas de l'analyse des observations qu'ils ont publiées. Un fait plus certain, avancé par MM. Trousseau et Belloc, c'est que l'enrouement, intermittent d'abord, ne tarde pas à devenir continu et à dégénérer en une aphonie complète. Alors les malades font de très-grands efforts pour parler, et l'on entend un bruit strident produit par le passage de l'air sur les parties altérées du larynx qui ne vibrent plus.

La *toux* n'a jamais manqué dans les cas que j'ai sous les yeux; elle est excitée continuellement par une irritation plus ou moins vive du larynx; aussi devient-elle fréquente dès que la maladie s'aggrave. Alors il suffit du passage des alimens, de l'action de parler, d'une forte inspiration, pour la provoquer. MM. Trousseau et Belloc ont signalé une variété de toux qu'ils ont appelée *éructante*, parce qu'elle ressemble à un *rôt étouffé :* cette variété appartient à la laryngite ulcéreuse.

L'*expectoration* est donnée par la plupart des auteurs comme un des principaux symptômes. On a

signalé des crachats abondans, spumeux, filans, striés de pus et de sang, ou présentant de petits fragmens de pus concret. On a trouvé même dans les matières expectorées des fragmens de cartilages ossifiés. Assurément toutes ces espèces de crachats se sont montrées dans la phthisie laryngée; mais il ne faut pas perdre de vue que la plupart des cas cités par les auteurs ont été observés dans le cours de la phthisie pulmonaire, et que par conséquent les matières expectorées pouvaient appartenir tout aussi bien à la dégénérescence tuberculeuse des poumons qu'à la laryngite ulcéreuse. De toutes ces formes de crachats, celles qui paraissent appartenir plus particulièrement à la laryngite ulcéreuse chronique, sont les crachats purulens, concrets et pelotonnés; la présence d'un fragment de cartilage carié est un signe pathognomonique.

La *respiration* est toujours plus ou moins difficile. Si quelques auteurs, après Borsieri, ont pu dire que parfois il n'existait pas de dyspnée, c'est qu'ils ont eu en vue des cas de laryngite chronique simple. On a décrit très-diversement le bruit produit par la respiration : les uns l'ont comparé à un ronflement fort; d'autres au sifflement de la laryngite striduleuse; d'autres à un cri de coq, etc. J. Frank (*loc. cit.*) a signalé comme symptôme du début un *ronflement inaccoutumé pendant le sommeil :* c'est un point sur lequel le médecin doit avoir son attention fixée.

La *percussion* et l'*auscultation* ont été appliquées à l'étude de l'affection qui nous occupe; mais tout le monde convient que ces deux moyens d'exploration, si puissans dans le diagnostic des maladies de

poitrine, n'a encore été que d'un faible secours dans les affections du larynx. Néanmoins je dois dire que dans quelques cas d'ulcération laryngée, M. Barth a entendu un cri sonore se produire dans le larynx; que MM. Stokes (*Archiv.*, t. IV, p. 363; 1839) et Beau (*Archiv.*, t. IX, p. 122; 1840) ont constaté, dans des cas semblables, l'existence de râles vibrans et comparables, suivant le premier de ces observateurs, au bruit d'une corde de basse. Dans un cas même, M. Stokes a perçu ce bruit d'un seul côté. Ce sont là des faits qui demandent à être confirmés par de nouvelles observations.

M. Hutchinson (*Gazette méd.*, 1833, t. I, p. 462) rapporte un cas de laryngite chronique dans lequel la pression sur le cartilage thyroïde déterminait un bruit sensible de *crépitation :* c'est un phénomène qui n'a pas été noté par d'autres observateurs; et si l'on se rappelle que, grâce à leur mobilité, les parties cartilagineuses du larynx peuvent produire une crépitation, même à l'état sain, on sera porté à croire que ce signe n'appartient réellement pas à la maladie.

On a cherché à découvrir, par l'*inspection*, les altérations que présente le larynx; mais malgré l'invention du *speculum laryngis*, cette inspection n'a produit aucun résultat utile. Il en est de même du *toucher* à l'aide du doigt. Néanmoins l'exploration de l'arrière-gorge ne devra pas être négligée, car l'existence de quelques ulcérations dans le pharynx pourra éclairer sur la nature de l'affection laryngée, comme cela a eu lieu quelquefois.

Tels sont les *symptômes locaux* que l'on peut attribuer en propre à la laryngite ulcéreuse chro-

nique. On voit que je n'ai encore parlé ni d'accès violens de suffocation, ni de symptômes d'asphyxie, ni enfin d'aucun des signes qui dénotent le développement de l'*œdème de la glotte;* c'est que, je le répète, je dois réserver ce qui regarde cette dernière affection pour un article séparé.

Maintenant, quels sont les symptômes généraux qui appartiennent à la laryngite ulcéreuse chronique? Si l'on en croit les auteurs, ils sont extrêmement graves : c'est la fièvre lente, le dépérissement, le marasme. Mais il faut prendre garde encore ici de confondre ce qui appartient à la phthisie pulmonaire et ce qui appartient à la laryngite ulcéreuse elle-même. Dans les cas où celle-ci s'est montrée seule, le dépérissement a été d'abord nul ou peu marqué; il n'a même jamais fait de très-grands progrès dans le cours de la maladie, et c'est un accroissement notable des symptômes locaux, un degré d'inflammation nouveau, qui ont presque toujours mis fin à l'existence, en produisant un gonflement séro-purulent de la glotte, et par suite l'asphyxie. Seulement, dans les cas de laryngite vénérienne, la syphilis étant devenue constitutionnelle, on remarque les signes à l'ensemble desquels on a donné le nom de *cachexie syphilitique;* j'en ai vu un exemple remarquable. Dans les derniers temps, lorsque l'inflammation prend un caractère marqué d'acuité, on observe un mouvement fébrile, comme dans la laryngite ulcéreuse aiguë.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est très-différente, suivant que la laryngite ulcéreuse est aiguë ou chroni-

que : dans le premier cas, elle est rapide, on n'observe pas d'intermittences bien marquées, et l'on voit bientôt survenir les accidens de la laryngite œdémateuse, ainsi que sa terminaison funeste. La laryngite ulcéreuse chronique, au contraire, a une marche lente, irrégulière, de telle sorte qu'à des intervalles plus ou moins grands, les symptômes peuvent se calmer à plusieurs reprises, pour reparaître enfin avec une intensité inaccoutumée, et donner lieu aux mêmes accidens que la laryngite ulcéreuse aiguë.

La *durée* de la maladie ne diffère pas moins. Ainsi, dans les observations de laryngite ulcéreuse aiguë, je trouve des cas qui n'ont pas duré plus de trois ou quatre jours (*Obs.* de M. Boudet, etc.), à dater du moment où tous les symptômes étaient devenus très-évidens. Rarement cette durée a été de plus de dix ou douze jours. Celle de la laryngite ulcéreuse chronique n'a point été parfaitement déterminée; elle est souvent de plusieurs années.

La *terminaison* de la laryngite ulcéreuse aiguë est le plus souvent funeste; presque toujours les symptômes ont conduit les malades au tombeau sans qu'on ait pu les modérer un seul instant. En est-il de même de la laryngite ulcéreuse chronique? Si l'on avait égard à tous les cas de ce genre cités par les auteurs, il faudrait répondre affirmativement, car dans le plus grand nombre il existait, en même temps que la phthisie laryngée, une phthisie pulmonaire, principale cause de la mort. Mais si l'on ne considère que les cas, peu nombreux à la vérité, où les poumons sont exempts de toute altération, on peut conserver l'espoir de sauver le malade, surtout

si la laryngite est de nature syphilitique. Néanmoins on ne peut pas se dissimuler qu'il reste encore beaucoup à faire à l'observation à cet égard, car nous possédons fort peu de faits authentiques qui prouvent la terminaison favorable de cette affection.

Lorsqu'on a réussi à guérir le malade, il est rare que la voix reprenne son caractère primitif. Dans un cas que j'ai observé, la voix est restée presque éteinte, bien que tous les autres symptômes eussent disparu.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les altérations anatomiques sont nombreuses et variées. Dans la *laryngite ulcéreuse aiguë*, on trouve une ou plusieurs ulcérations de la membrane muqueuse, reposant tantôt sur le tissu sous-muqueux, tantôt sur les muscles; ces ulcérations se trouvent ordinairement sur les cordes vocales ou à la base des cartilages arythénoïdes. Le reste de la muqueuse est rouge, et se montre parfois tapissé d'une couche de matière puriforme. Dans un cas, M. Miller (*loc. cit.*) a vu une ulcération profonde entre l'épiglotte et la racine de la langue, et une autre à la face inférieure de cet opercule. Dans plusieurs de ceux que j'ai sous les yeux, il existait des abcès sous-muqueux qui souvent s'étendaient au-delà du larynx.

Dans la *laryngite ulcéreuse chronique*, des ulcérations irrégulières, reposant principalement sur le cartilage cricoïde, vers son articulation avec les arythénoïdes, laissent à nu une partie plus ou moins étendue de ces cartilages. Ceux-ci sont ossifiés, cariés, nécrosés, en partie détruits. De plus, on observe les lésions que j'ai décrites à l'occasion de la laryngite ulcéreuse aiguë, et qui sont ordinairement

survenues à la fin de la maladie, lorsque celle-ci a pris un caractère plus ou moins marqué d'acuité.

On a vu parfois l'épiglotte érodée, à demi-rongée, et même percée de part en part, comme Morgagni (*de Sed. et Caus.*, epist. XXVIII; 10) en rapporte un exemple. Dans un Mémoire tout récent, M. Trousseau (*Journ. des Conn. méd.-chir.*, mars 1842) a décrit des caries et des nécroses très-considérables du larynx, avec fistule externe. Il a fait figurer (p. 92) un cas d'ossification et de destruction du cartilage thyroïde qui donne une idée des désordres que cette affection peut produire dans le squelette cartilagineux du larynx.

Enfin on a trouvé d'autres lésions fort importantes, puisqu'elles ont déterminé la mort; mais elles seront décrites à l'article *Laryngite œdémateuse et séro-purulente*, à laquelle elles appartiennent plus particulièrement. Ces indications générales suffisent pour caractériser anatomiquement une maladie dont les lésions ont été décrites avec un grand soin par bon nombre d'auteurs.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Diagnostic. La laryngite ulcéreuse aiguë ne peut guère être confondue qu'avec des affections siégeant dans le larynx lui-même.

Je signalerai d'abord la *laryngite aiguë simple.* Ces deux affections se distingueront l'une de l'autre aux signes suivans: La laryngite aiguë simple survient assez fréquemment dans le cours de la santé; elle détermine moins de douleur; elle donne lieu à une expectoration purement muqueuse. La laryngite ulcéreuse aiguë survient presque toujours dans

le cours d'une autre affection; elle occasionne une douleur vive et constante, et parfois les crachats sont puriformes, tachés de sang. Ce diagnostic est peu précis, quoiqu'il soit fondé sur les meilleures observations.

La violence des accès, leur séparation par des intervalles de calme, pendant lesquels les symptômes sont très-légers, la faiblesse de l'altération de la voix, et enfin le jeune âge des sujets qui en sont affectés, suffisent pour faire distinguer la *laryngite striduleuse* de la laryngite ulcéreuse aiguë.

La *laryngite pseudo-membraneuse* ne sera point, par les mêmes raisons, confondue avec cette dernière maladie, et de plus nous aurons souvent, pour la distinguer, la présence des fausses membranes dans le pharynx et leur rejet par expectoration.

La *laryngite ulcéreuse chronique* a des points de ressemblance avec un plus grand nombre de maladies. M. le docteur Barth, à qui nous devons un très-bon Mémoire sur ce sujet (*Arch. gén. de méd.*, 1839, t. V, p. 137 et suiv.), a tracé avec grand soin le diagnostic de cette affection.

Parmi les maladies qui ont leur siége dans le larynx, examinons d'abord la *laryngite chronique simple*. Dans cette affection, comme on l'a vu, la douleur est ordinairement peu vive, et surtout elle ne présente pas d'exacerbations marquées, comme la laryngite ulcéreuse chronique. La gêne de la respiration est moins considérable, et c'est, comme on l'a vu, les cas de ce genre qui ont fait dire à MM. Trousseau et Belloc que chez près de la moitié des sujets, la dyspnée n'existait pas. La voix peut être très-altérée dans la laryngite simple chronique,

mais elle l'est généralement à un degré plus remarquable dans la laryngite ulcéreuse, qui a souvent pour siége principal les cordes vocales. Enfin cette dernière maladie offre parfois une expectoration de crachats pelotonnés, semblables à du pus concret, qu'il ne faut pas toutefois confondre avec les concrétions du même genre fournies par les amygdales; elle présente aussi quelquefois des débris de cartilages plus ou moins altérés, ce qui est un signe pathognomonique.

On a cherché à distinguer la laryngite ulcéreuse chronique de l'*œdème de la glotte*. C'est une question importante, mais qu'il serait prématuré de traiter dans cet article, et que je renvoie au suivant, où il sera question de la *laryngite séro-purulente* ou *œdémateuse*.

Enfin un véritable *cancer du larynx* pourrait être pris pour une simple laryngite ulcéreuse. Ce cas est des plus rares et n'intéresse par conséquent le praticien qu'à un médiocre degré. Disons seulement que dans une observation de cancer du larynx, citée par MM. Trousseau et Belloc (*loc. cit.*, p. 132), la présence d'une tumeur ulcérée, au côté gauche et à la partie moyenne du larynx, fit seule reconnaître la nature de la maladie. Jusque là on aurait pu la confondre soit avec une laryngite ulcéreuse, soit plutôt avec une tumeur d'une nature différente.

Je ne parlerai point ici des *végétations* trouvées dans le larynx, parce que les considérations qui s'y rattachent auront leur place ailleurs.

Parmi les maladies qui ont leur siége hors du larynx, et qu'on pourrait confondre avec la laryngite ulcéreuse chronique, je citerai d'abord les ul-

cères de la trachée, dont MM. Cayol (*Recherch. sur la Phth. trach.*, Thèse; Paris, 1810) et Barth (*loc. cit.*, p. 170) ont rapporté des exemples remarquables. Voici comment ce dernier auteur distingue ces ulcères de ceux du larynx : « Le siége de la douleur à la partie inférieure du cou, ou derrière la partie supérieure du sternum, la raucité peu prononcée de la voix, avec les autres symptômes d'ulcération des voies aériennes, indiquent que ces ulcérations occupent la trachée. »

On a cherché aussi à distinguer l'*asthme* et l'*emphysème pulmonaire* de la laryngite ulcéreuse chronique. Ce diagnostic me paraît peu important; il suffit de se rappeler que dans l'asthme le timbre de la voix n'est pas sensiblement altéré, pour ne pas confondre deux maladies qui n'ont d'autre point de ressemblance que la dyspnée et l'inspiration sifflante. Enfin on a cité, comme pouvant donner lieu à une erreur de diagnostic, l'existence d'un *croup chronique*. Je n'insisterai pas sur ce diagnostic, qui ne pourrait porter que sur des cas entièrement exceptionnels.

Après avoir ainsi exposé les signes distinctifs de la laryngite ulcéreuse, voyons si, d'après les symptômes, on pourrait reconnaître sa nature et le siége précis qu'elle occupe dans le larynx.

1°. *La laryngite ulcéreuse est-elle ou non syphilitique?* Cette question offre de grandes difficultés; elle est même insoluble dans un certain nombre de cas. Voici les signes indiqués par M. Barth (p. 169): « S'il y avait absence de tout phénomène morbide du côté de la poitrine, surtout si le malade portait les traces d'une infection vénérienne constitution-

nelle (ulcères ou cicatrices aux lèvres, à la gorge; pustules muqueuses, etc.), il faudrait regarder les ulcères comme de nature syphilitique. » Il est par conséquent inutile de dire que le médecin doit explorer avec le plus grand soin toutes ces parties, et surtout le pharynx, où parfois des ulcérations semblables à celles du larynx ont été observées.

2°. *L'affection peut-elle être idiopathique, quoique non syphilitique? ou n'est-elle jamais qu'une complication d'une maladie plus grave, la phthisie pulmonaire?* Ici s'élèvent de nouvelles difficultés. On lit dans les auteurs un certain nombre d'observations où, à l'autopsie, on n'a trouvé de lésions que dans le larynx. Malheureusement beaucoup de ces observations manquent des détails les plus importans. Néanmoins, comme il en est quelques-unes qui sont concluantes, et entre autres la première du Mémoire de M. Barth, on est porté à en rechercher le diagnostic, quoique les cas soient extrêmement rares. Disons avec l'auteur qui vient d'être cité : « S'il y a à la fois absence complète de symptômes du côté des poumons, et de traces d'affection syphilitique, et si les phénomènes propres aux ulcérations surviennent sans nouveau mouvement fébrile, à la suite d'une laryngite aiguë, on peut regarder ces ulcérations comme idiopathiques. » Toutefois je dois ajouter que ce diagnostic a besoin d'être confirmé par les faits, et que, d'un autre côté, il est bien difficile, dans certains cas, de se prononcer sur l'existence des symptômes de la phthisie pulmonaire. On ne doit donc pas accorder à ces signes distinctifs une trop grande valeur.

3°. *Quel est le point précis occupé par la solution*

de continuité? Laissons encore parler M. Barth, qui a parfaitement traité cette question. Il dit : « Le siége de la douleur au-dessus du larynx, la difficulté de la déglutition, le retour des boissons par le nez, indiqueront que les ulcérations occupent l'épiglotte ou bien le pourtour de l'orifice supérieur du larynx, ou enfin qu'elles ont profondément altéré les cartilages arythénoïdes ou les muscles du larynx. La raucité prononcée fera penser qu'elles siégent sur les cordes vocales et ont une certaine étendue. L'extinction complète de la voix dénotera que les cordes vocales sont toutes deux profondément ulcérées, les ligamens thyro-arythénoïdiens ou les muscles du même nom altérés, ou les cartilages arythénoïdes détruits.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1°. *Signes distinctifs de la laryngite ulcéreuse aiguë et de la laryngite simple aiguë.*

LARYNGITE ULCÉREUSE AIGUE.	LARYNGITE SIMPLE AIGUE.
Survient presque toujours, dans *la convalescence* d'une autre maladie.	Survient le plus souvent au milieu d'une *bonne santé.*
Expectoration *puriforme;* filets de sang.	Expectoration *muqueuse.*
Douleur vive.	*Douleur* plus légère.

Ce diagnostic est loin d'être rigoureux, et dans plusieurs cas il est inapplicable.

2°. *Signes distinctifs de la laryngite ulcéreuse aiguë et de la laryngite striduleuse.*

LARYNGITE ULCÉREUSE AIGUE.	LARYNGITE STRIDULEUSE.
Accès moins marqués; symptômes plus ou moins violens dans les *intervalles.*	*Accès* violens; dans les *intervalles*, symptômes légers.
Mouvement fébrile plus ou moins intense.	*Mouvement fébrile* nul ou presque nul.
Voix toujours profondément *altérée.*	*Voix* seulement un peu *enrouée* dans l'intervalle des accès.
N'attaque guère que les *adultes.*	N'attaque guère que les *enfans.*

3°. *Signes distinctifs de la laryngite ulcéreuse aiguë et de la laryngite pseudo-membraneuse.*

LARYNGITE ULCÉREUSE AIGUE.	LARYNGITE PSEUDO-MEMBRANEUSE.
Dans le *pharynx, point d'altération*, si ce n'est, dans quelques cas, des ulcères.	*Pseudo-membranes* dans le *pharynx*.
Expectoration mucoso-purulente, quelquefois striée de sang.	*Fausses membranes* dans les matières expectorées.
Dyspnée médiocrement intense dans les premiers jours.	*Suffocation* dès que la fausse membrane envahit le larynx.

4°. *Signes distinctifs de la laryngite ulcéreuse chronique et de la laryngite chronique simple.*

LARYNGITE ULCÉREUSE CHRONIQUE.	LARYNGITE CHRONIQUE SIMPLE.
Douleur vive à certaines époques de la maladie.	*Douleur nulle* ou légère.
Dyspnée plus ou moins intense, surtout à certaines époques.	*Respiration facile* ou médiocrement gênée.
Voix toujours *notablement altérée*, souvent entièrement éteinte.	*Voix* parfois *médiocrement altérée*.
Expectoration *mucoso-purulente :* grumeaux de pus concret, parfois striés de sang.	Expectoration purement *muqueuse*.

5°. *Signes distinctifs de la laryngite ulcéreuse chronique et de la trachéite ulcéreuse.*

LARYNGITE ULCÉREUSE CHRONIQUE.	TRACHÉITE ULCÉREUSE.
Douleur fixée à la *partie supérieure* du larynx.	*Douleur* à la *partie inférieure* du cou ou derrière la partie supérieure du sternum.
Voix profondément *altérée*.	*Voix* presque *intacte*.

6°. *Signes distinctifs de la laryngite ulcéreuse non syphilitique et de la laryngite ulcéreuse syphilitique.*

LARYNGITE ULCÉREUSE NON SYPHILITIQUE.	LARYNGITE ULCÉREUSE SYPHILITIQUE.
Commémoratifs : *point d'infection* vénérienne.	Commémoratifs : *infection* vénérienne.
Point d'ulcères ou cicatrices aux lèvres, à la gorge ; point de pustules muqueuses, de syphilides, etc.	*Traces syphilitiques* sur d'autres parties du corps ; syphilides, pustules, cicatrices, etc.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que ce dernier diagnostic ne peut jamais présenter une certitude ab-

solue, excepté toutefois lorsque des symptômes vénériens consécutifs bien prononcés coïncident avec l'apparition de la laryngite.

Pronostic. Ce que j'ai déjà dit de la terminaison de la maladie prouve assez combien elle est grave. Il est bien peu d'exemples d'une *laryngite ulcéreuse aiguë* qui se soit terminée par la guérison. Quant à la *laryngite ulcéreuse chronique*, on trouve un plus grand nombre de cas où la terminaison a été heureuse; ce sont surtout ceux qui étaient de nature syphilitique, et qui ont cédé à un traitement mercuriel.

L'ancienneté de la maladie, les désordres profonds annoncés par les matières organiques contenues dans l'expectoration, rendent le pronostic plus grave : toutefois il peut y avoir quelques exceptions à cette règle générale, puisque chacun connaît ce fait tant de fois cité, dans lequel Hunter a vu un homme guérir parfaitement après l'expectoration d'un fragment du cartilage cricoïde carié; mais ces exceptions sont excessivement rares.

Il est presque inutile de dire que la laryngite ulcéreuse, compliquant la phthisie pulmonaire, doit être considérée comme mortelle.

Reste maintenant une question qui a été fort débattue, et qui a divisé les meilleurs esprits : *La phthisie pulmonaire peut-elle être consécutive à la laryngite ulcéreuse? peut-elle être, comme on l'a dit, produite par cette laryngite?* On a cité des cas dans lesquels, malgré l'existence incontestable d'une laryngite ulcéreuse, la poitrine, explorée par tous les moyens connus, et avec beaucoup de soin, n'a présenté d'abord aucun signe de tubercules, et dans lesquels la phthisie pulmonaire, s'étant déclarée plus

tard, a entraîné le malade au tombeau. S'ensuit-il que dans ces cas la phthisie pulmonaire ait réellement été produite par la laryngite ulcéreuse? Le fait ne me paraît pas démontré, car 1° les signes diagnostiques, au début d'une phthisie pulmonaire, ne sont pas assez sûrs, dans tous les cas, pour que les hommes les plus exercés ne puissent les méconnaître; et 2° les faits cités sont en trop petit nombre pour prouver qu'il n'y a pas eu une simple coïncidence entre le développement de la phthisie pulmonaire et celui de la laryngite ulcéreuse.

§ VII. — Traitement.

Une grande difficulté s'élève quand il s'agit du traitement de la laryngite ulcéreuse. On en comprendra facilement la cause : les observateurs n'ayant pas eu soin de distinguer cette forme de laryngite de plusieurs autres qui ont avec elle des points de ressemblance, il en résulte que les moyens de traitement ont été appliqués indistinctement à des états très-divers. Je vais faire connaître ce que l'on trouve de plus précis dans les faits publiés, en engageant les médecins à vérifier l'exactitude des assertions émises par les auteurs.

Il serait inutile de remonter bien haut dans l'histoire de la médecine, pour chercher des moyens de traitement propres à la laryngite ulcéreuse. A une époque reculée, en effet, le diagnostic, moins précis encore que dans les dernières années, ne permettait pas d'indiquer un traitement spécial pour chaque espèce de laryngite. Toutefois on ne saurait admettre, avec MM. Trousseau et Belloc, que les anciens n'ont rien laissé sur le traitement de la phthisie la-

ryngée. Déjà Vidus Vidius (*Opera omn. Francofurti*, 1696, lib. VIII, cap. VI, pag. 315), qui a reconnu et décrit les ulcères du larynx mieux que ne l'ont fait après lui beaucoup d'auteurs; qui a même très-bien indiqué la terminaison par suffocation, et qui enfin a parlé en propres termes de la communication de la phthisie laryngée aux poumons, a donné de nombreux moyens thérapeutiques contre cette maladie. Zacutus Lusitanus (*Prax. med. admir.*, obs. CVII, *Lugd.* 1643), Th. Bonet, (*Polyathes*, t. II, Gen. 1691, p. 31), et enfin Carolus Musitanus (t. II, cap. 43, p. 213, Gen. 1716), ont ensuite imité son exemple. J'indiquerai les principaux moyens mis en usage par ces auteurs.

Traitement de la laryngite ulcéreuse aiguë. Les symptômes d'inflammation étant très-violens dans cette affection, on est tout naturellement porté à leur opposer un traitement antiphlogistique énergique; aussi, dans aucun cas, les médecins n'y ont-ils manqué. Ainsi l'on a appliqué de nombreuses *sangsues* à la partie antérieure du cou, et la *saignée générale* a été fréquemment employée. Le praticien doit nécessairement avoir recours à ces moyens. Toutefois il ne doit pas espérer d'obtenir par eux une guérison radicale; mais, en faisant tomber l'inflammation violente du larynx, il fait disparaître le gonflement des parties molles, remédie à la suffocation, et réduit la maladie à un simple ulcère. Les réflexions suivantes, faites à ce sujet par MM. Trousseau et Belloc, me paraissent devoir être prises en considération par le praticien : « Les faits, disent-ils (p. 308), nous ont appris que la saignée du bras donne, en général, des *résultats* plus favorables que l'application

des sangsues vers le siége du mal, à moins pourtant que celles-ci ne soient mises en grand nombre. L'application des *ventouses scarifiées à la nuque* est encore un utile moyen; il passe pourtant après les deux autres. Des motifs particuliers devront faire préférer un mode spécial d'émission de sang. Ainsi on appliquera des sangsues aux cuisses, si la maladie du larynx coïncide avec la suppression ou la diminution du flux menstruel; au siége, s'il y a eu des hémorrhoïdes dont la suppression ait coïncidé avec l'inflammation du larynx, etc. etc. »

Émolliens. On prescrit ordinairement des *boissons* et des *gargarismes émolliens :* ces moyens ne peuvent être regardés que comme des adjuvans. Quant aux *cataplasmes chauds* dont on entoure le cou, MM. Trousseau et Belloc pensent qu'ils produisent quelquefois un effet tout opposé à celui qu'on en attendait. « Ils provoquent, disent-ils, vers la gorge, une fluxion sanguine considérable, et les accidens, loin d'être calmés, subissent au contraire une grande aggravation. » On aura égard à ces considérations, tout en regrettant qu'elles ne soient pas appuyées sur des faits plus positifs.

Narcotiques. Les narcotiques ont été aussi fréquemment employés soit à l'intérieur, soit par le moyen des *fumigations;* mais à ce sujet je ne dois pas répéter ce que j'ai dit relativement à la laryngite simple aiguë (voy. p. 220). La même réflexion s'applique à l'emploi du *calomel*, des *vésicatoires*, de l'huile de *croton tiglium*, des *éméto-cathartiques*, et on le conçoit facilement quand on pense qu'avant d'avoir produit l'œdème ou l'infiltration séro-purulente de la glotte, la laryngite ulcéreuse est géné-

ralement traitée comme une laryngite aiguë simple. D'un autre côté, rappelons-nous que ces divers moyens ont réussi bien rarement dans les cas d'ulcère confirmé, ce qui a fait dire au docteur James Bedingfield (*loc. cit.*) : « Tous les cas d'ulcération du larynx et de la trachée ont eu une issue funeste, et je me sens par conséquent incapable d'indiquer quelque mode satisfaisant de traitement. » Il est donc évident que, dans ces cas, les médications mises en usage ont jusqu'à présent une importance médiocre. On doit néanmoins faire une exception en faveur des *larges vésicatoires* appliqués sur le larynx; car, dans deux cas de guérison cités par M. Miller (*loc. cit.*), c'est le moyen qui a agi le plus efficacement.

Lorsque les symptômes d'œdème de la glotte se manifestent, il faut se hâter de recourir aux moyens qui seront indiqués dans le traitement de cette affection.

Si, au contraire, les symptômes inflammatoires ont disparu, la maladie est réduite à l'état d'ulcère du larynx, qu'il faut traiter par les moyens que nous allons indiquer dans le traitement de la laryngite ulcéreuse chronique.

Traitement de la laryngite ulcéreuse chronique. On remarque, dans le cours de cette affection, des exacerbations plus ou moins nombreuses, pendant lesquelles apparaissent des symptômes d'acuité. Il faut alors mettre en usage le traitement qui vient d'être indiqué pour la laryngite ulcéreuse aiguë. Mais, hors de ces époques, on se conduira ainsi qu'il suit.

Les moyens diffèrent suivant qu'on pense que la maladie est ou n'est pas syphilitique. Dans ce dernier cas, il faut avoir recours à presque tous les

remèdes indiqués à l'article *laryngite chronique simple.* (Voy. pag. 248 et suiv.)

On prescrira une *tisane* légèrement excitante, telle que l'infusion de sauge, de romarin, etc.; l'on pourra varier ces infusions suivant le désir des malades.

Révulsifs. Les révulsifs sont peut-être plus nécessaires dans cette espèce de laryngite chronique que dans toute autre, non qu'ils puissent par eux-mêmes faire obtenir la cicatrisation des ulcères, mais parce qu'ils peuvent empêcher l'inflammation de leurs bords, et l'infiltration qui en est la suite, ainsi que tout le cortége d'accidens qui constitue la *laryngite œdémateuse* ou *séro-purulente.* Ainsi l'on aura recours à de *larges vésicatoires* appliqués sur la partie antérieure du cou, à la nuque et sur la poitrine; aux *frictions stibiées;* à l'emploi de la *potasse caustique*, d'après le procédé de MM. Trousseau et Belloc; aux frictions avec l'*huile de croton tiglium* sur les points laissés intacts [1].

Narcotiques. On a aussi recours aux divers médicamens narcotiques. On pourra mettre en usage ceux qui ont été indiqués dans l'article déjà cité; toutefois je dois dire que J. Frank ne leur accorde pas une grande confiance; il ne fait d'exception que pour la *jusquiame noire*, qu'il prescrit à l'intérieur et à l'extérieur. Voici comment il administre ce médicament :

ÉMULSION DE J. FRANK.

℞ Semences de jusquiame noire...........	1,25 grammes.	
Amandes douces........................	} ãã 8	grammes.
Poudre de gomme arabique............		
Sucre blanc..............................		

[1] Voir, pour tous les détails, l'article *Laryngite simple chronique*, pag. 249 et suiv.

Triturez et ajoutez :

Eau.................................. Q. S.

Pour une émulsion de 500 grammes.

M. Hawkins (*loc. cit.*) recommande les fumigations avec les feuilles de ciguë, faites de la manière suivante :

♃ Feuilles de ciguë..................... 5 grammes.
Eau bouillante....................... 500 grammes.

Le malade enveloppera sa tête d'un linge, et respirera pendant cinq à dix minutes la vapeur chargée du principe médicamenteux.

A l'extérieur, ce praticien ordonne de légères frictions avec l'*huile cuite de jusquiame*, sur la partie antérieure du cou, et il affirme qu'un grand nombre de malades ont été soulagés par ce moyen. Enfin on pourra avoir recours à l'*emplâtre de belladone*, recommandé par MM. Graves et Stokes (voy. p. 254).

Les anciens employaient, à l'intérieur, plusieurs médicamens qui sont abandonnés aujourd'hui, et, il faut l'avouer, avec raison; car non seulement on ne trouve nulle part des faits qui leur soient favorables, mais encore ils sont variables dans leur composition. Je ne citerai pour exemple que les baumes de soufre (simple dissolution dans diverses huiles fixes ou volatiles), qui ont été préconisés par Th. Bonet et Car. Musitanus (*loc. cit.*).

Médication topique. Cette médication doit être regardée comme la plus importante, car parmi celles qui ont été indiquées jusqu'à présent, il n'en est aucune qui compte des succès bien authentiques. Je ne puis encore que renvoyer à ce qui a été dit à l'occasion de la laryngite simple chronique sur l'emploi des *fumigations sèches*, des diverses *cautérisations*, et de l'*insufflation des médicamens pulvérulens.* Je

ferai seulement remarquer ici que déjà Vidus Vidius avait une idée de l'influence des topiques sur les ulcères laryngés. Voici en effet un gargarisme qu'il recommande d'employer dans tous les cas.

GARGARISME DE VIDUS VIDIUS.

℞ Orge	2 poignées.
Roses rouges	30 grammes.
Feuilles d'apium graveolens	15 grammes.
Racine de réglisse	15 grammes.
Raisins secs	ââ 15 grammes.
Jujubes	
Figues sèches	

Faites bouillir le tout dans

Eau commune	Q. S.

Continuez l'ébullition jusqu'à réduction d'un tiers, et édulcorez avec

Miel rosat	30 grammes.

Se gargariser cinq ou six fois par jour.

Vidus Vidius avait encore imaginé d'incorporer dans le miel certaines substances astringentes ou absorbantes, telles que la *terre sigillée*, l'*encens*, la *myrrhe*, réduits en poudre, et de faire avaler lentement au malade ces préparations qui avaient une consistance moyenne entre le sirop et l'opiat, de manière à ce qu'une portion du médicament s'arrêtât sur la partie supérieure du larynx. Il espérait même qu'il en entrerait une certaine quantité dans la cavité de cet organe. C'est là évidemment une tentative de médication topique, mais encore bien grossière.

M. Patissier (*Bibl. Méd.*, t. LXVII, p. 210, 1820) a essayé, chez un sujet, le médicament suivant :

℞ Miel	120 grammes.
Sulfure de potasse	2 grammes.

Mêlez.

Frottez, avec ce mélange, l'intérieur de la bouche et du pharynx.

Ce remède n'a paru avoir aucun effet favorable dans ce cas.

Aujourd'hui l'*insufflation* et l'*introduction* d'un liquide médicamenteux à l'aide d'une éponge portée sur une baleine, font parvenir directement une partie du remède sur le point qu'il faut guérir. Parmi les substances médicamenteuses qu'on doit porter ainsi dans le larynx, il faut principalement choisir les caustiques liquides; les médicamens pulvérulens ont l'inconvénient de déterminer une toux bien plus violente, bien plus opiniâtre, et par conséquent de nuire au succès de la médication. Si toutefois on choisissait un médicament pulvérulent, c'est au *nitrate d'argent* qu'on donnerait la préférence, et l'on emploierait une des formules citées à la page 265.

Traitement de la laryngite ulcéreuse syphilitique. C'est, avons-nous dit, dans cette affection que les succès les plus nombreux ont été obtenus; aussi, dès que l'on peut avoir, non pas la certitude, mais seulement quelques soupçons que la laryngite est de nature vénérienne, on doit se hâter d'employer un traitement approprié.

Pour *tisane*, J. Frank conseille la *décoction de racine de salsepareille* mêlée avec du lait. Zacutus Lusitanus (*loc. cit.*, *de Rauced. voc.*) cite un cas de guérison dans lequel la salsepareille a été seule employée. Le sujet était un homme qui avait contracté anciennement la syphilis, et qui depuis plusieurs années avait la voix tellement altérée, qu'il ne pouvait pas se faire comprendre.

Suivant M. Hawkins (*loc. cit.*), la salsepareille a l'inconvénient de troubler les fonctions de l'estomac.

Pour obvier à cet inconvénient, il recommande d'ajouter à la décoction une petite quantité de *gingembre*.

On devra employer concurremment une *préparation mercurielle:* ainsi les *pilules de Sédillot*, suivant la formule de M. Rayer (voy. pag. 180), ou bien les suivantes :

PILULES DE PROTO-IODURE DE MERCURE.

℞ Proto-iodure de mercure.	} ãã	1	gramme.
Thridace	}		
Extrait gommeux d'opium		0,45	grammes.
— de gayac		4	grammes.

Pour trente pilules.

A prendre, une le soir, cinq heures après le repas, ou une le matin et une le soir, si on juge à propos d'augmenter la dose.

Les auteurs anglais recommandent en général l'emploi du *calomel,* mais ils ne sont pas d'accord sur la dose : ainsi, tandis que M. Hawkins conseille de pousser l'usage de ce médicament jusqu'à la salivation, J. Cheyne (*Cyclop. of pract.*, art. *Laryngitis*), au contraire, regarde cet effet du mercure comme bien funeste. Les faits n'ont point encore prononcé sur ce point.

Plusieurs praticiens, parmi lesquels il faut compter M. Hawkins, ont recommandé particulièrement les *fumigations de cinnabre*, que l'on devra pratiquer avec les précautions longuement indiquées à l'article *Coryza ulcéreux* (*Ozène*).

Il est bien entendu que si ces préparations mercurielles ne suffisaient pas, on les remplacerait par une des nombreuses formules qui se trouvent dans les pharmacopées. Toutefois on ne doit pas les abandonner trop facilement. Il est bien plus impor-

tant encore de ne pas s'obstiner à administrer les préparations mercurielles dans des cas où la constitution paraît altérée par l'abus même du mercure; on augmenterait le désordre, au lieu d'y remédier. Dans un cas semblable, on aurait recours, probablement avec plus de succès, à la tisane de Feltz, qui contient une substance à laquelle l'organisme n'est pas encore habitué. En voici la formule :

TISANE DE FELTZ.

℞ Salsepareille	60 grammes.
Colle de poisson	10 grammes.
Sulfure d'antimoine lavé à l'eau bouillante.	90 grammes.
Eau	2 litres.

Réduisez à un litre.

A prendre dans la journée, par verres.

J. Frank accorde beaucoup de confiance à de *légères frictions mercurielles ;* c'est en effet un moyen qui a été de tout temps regardé comme très-efficace dans les symptômes consécutifs de la syphilis. On les pratiquerait ainsi qu'il suit :

FRICTIONS MERCURIELLES.

Chaque jour, une friction faite alternativement sur la partie interne des cuisses et des bras, de sorte que tous les quatre jours on recommence les frictions par le membre sur lequel on les a d'abord pratiquées. Tous les quatre jours, un bain tiède, à la suite duquel le malade se couchera dans un lit chaud, de manière à provoquer une douce transpiration. Pour chaque friction, on emploie 2 grammes d'onguent mercuriel. La durée de la friction varie de cinq à dix minutes. Pendant toute la durée de ce traitement, il faut éviter avec soin le froid et l'humidité. Le médecin doit surveiller attentivement l'état de la bouche, de crainte qu'il ne survienne un afflux sanguin vers la gorge, qui augmente les accidens que l'on veut combattre.

L'*onguent mercuriel de Cirillo* pourrait être employé de la même manière, mais à une dose moitié moindre. Voici sa préparation :

℞	Deutochlorure de mercure................	4 grammes.
	Axonge............................	30 grammes.

Mêlez et triturez ensemble dans un mortier de verre, pendant douze heures.

Si une seule friction par jour paraissait insuffisante, on en prescrirait deux par jour, avec les précautions que je viens d'indiquer. Enfin, si l'on jugeait nécessaire d'employer un médicament topique, on aurait recours à l'insufflation de la poudre de calomel, suivant la formule indiquée page 381.

Telles sont les médications conseillées dans la laryngite ulcéreuse. Je n'ai point encore parlé de quelques moyens qui ne peuvent être regardés que comme des adjuvans, tels que les *purgatifs*, les *pédiluves*, les *manuluves sinapisés*, les *lavemens excitans.* Il suffit de les mentionner.

Trachéotomie. Je dois encore répéter ici ce que j'ai dit plusieurs fois, c'est que dans cet article il n'est question que de la laryngite ulcéreuse qui n'a pas encore déterminé une infiltration et une tuméfaction de la glotte assez considérables pour produire un commencement d'asphyxie. Or, dans ces cas, on ne saurait se décider à pratiquer une opération que la dyspnée peu intense n'indique nullement. Cependant on a pensé, et M. Bedingfield a proposé formellement, de pratiquer la laryngo-trachéotomie, afin de pouvoir porter directement sur le siége du mal les médicamens convenables. Je ne pense pas qu'une pareille pratique soit admissible. L'opération, en effet, a par elle-même des dangers que l'on ne saurait nier; et tant que la respiration est encore possible, il reste au médecin d'assez nombreux

moyens à expérimenter, pour qu'il ne se presse pas d'employer l'instrument tranchant. MM. Trousseau et Belloc s'expriment, à ce sujet, ainsi qu'il suit : « Quand la tuméfaction de la membrane muqueuse et du tissu cellulaire sous-jacent en est venue au point de ne plus permettre à une suffisante quantité d'air de s'introduire dans les poumons, on doit ouvrir à la respiration une nouvelle voie assez large pour prévenir la mort qui est imminente. » Personne aujourd'hui ne s'élèvera contre un pareil précepte, mais il s'applique bien plutôt à la *laryngite œdémateuse* ou *séro-purulente*, comme on le verra dans l'article suivant.

Précautions générales à prendre dans le traitement de la laryngite ulcéreuse.

1°. Le malade devra garder un silence presque absolu, ou même absolu, si le cas est assez grave pour l'exiger.

2°. Il se couvrira le corps de flanelle, évitera avec soin le froid et l'humidité.

3°. Il évitera de marcher rapidement contre le vent, et d'aspirer des poussières qui pourraient provoquer la toux.

4°. Il s'interdira les grandes fatigues corporelles et les excès de tout genre.

Régime. On peut consulter, pour le régime, l'article *Laryngite simple.* Il est inutile de dire que dans la laryngite ulcéreuse aiguë, la diète doit être absolue; mais dès que les symptômes inflammatoires ont disparu, on ne doit plus insister sur un régime trop sévère qui affaiblirait inutilement le malade. Cette recommandation est encore plus importante pour les cas où la constitution a été détériorée par une syphilis invétérée. Alors le *régime nutritif* et une petite quantité de *vin vieux*, deviennent nécessaires.

Je n'ai point parlé jusqu'à présent du traitement des lésions qui peuvent exister dans une autre partie du corps, concurremment avec la laryngite ulcéreuse. Il n'entre pas en effet dans mon plan de traiter des complications. Néanmoins, comme dans certains cas, la laryngite ulcéreuse, tout en restant la maladie principale, peut s'accompagner de symptômes encore peu intenses de *phthisie pulmonaire*, je dois ajouter que le médecin doit surveiller attentivement l'état de la poitrine, afin de pouvoir, dans des cas semblables, mettre au plus tôt en usage les moyens qui conviennent dans cette dernière maladie, et qui seront indiqués lorsque j'en tracerai l'histoire.

Résumé; ordonnances. Je ne présenterai ici qu'un petit nombre d'ordonnances, la plupart de celles qui ont été consignées dans l'article *Laryngite simple chronique* pouvant s'appliquer à la laryngite ulcéreuse.

PREMIÈRE ORDONNANCE.

Laryngite ulcéreuse chronique, non syphilitique.

1°. Pour tisane :

℞	Sommités de sauge ou de romarin........	10 grammes.
	Eau bouillante........................	1 kilogr.

Faites infuser pendant un quart d'heure; édulcorez avec

Sirop de gayac........................	30 grammes.

A prendre par grands verres dans la journée.

2°. Un large vésicatoire sur la partie antérieure du cou.

3°. Insufflation, matin et soir, avec la poudre de nitrate d'argent (Voy. page 265).

4°. Maintenir le ventre libre à l'aide de minoratifs. Un pédiluve sinapisé tous les soirs.

5°. Se couvrir le corps de flanelle; éviter le froid et l'humidité; garder le silence; suivre un régime doux et léger.

A l'aide des nombreux détails donnés à l'article *Laryngite simple chronique*, on pourra faire d'autres ordonnances qui s'appliqueront à tous les cas.

DEUXIÈME ORDONNANCE.

Laryngite ulcéreuse syphilitique.

1°. Pour tisane :

℞ Salsepareille incisée....................	65 grammes.
Gayac râpé........................	àâ 10 grammes.
Ecorce de buis.....................	
de garou..................	
Colle de poisson	
Eau................................	1500 grammes.

Faites bouillir jusqu'à réduction d'un litre, et passez.

A prendre par verres, dans la journée (tisane d'Arnoud.)

Edulcorez avec

Sirop de gentiane.................... 60 grammes.

2°. Tous les jours, une ou deux pilules de proto-iodure de mercure (Voy. pag. 180).

3°. ℞ Onguent mercuriel.................. 50 grammes.
Extrait de belladone .... 10 grammes.

Mêlez exactement.

Faire matin et soir, sur la partie antérieure du cou, une friction avec 4 grammes de ce mélange (Trousseau et Belloc);

Ou bien prescrire les frictions mercurielles suivant le procédé de J. Frank.

4°. Employez les autres moyens prescrits dans les cas de laryngite ulcéreuse non syphilitique.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Laryngite ulcéreuse aiguë :* saignées; émolliens; narcotiques; révulsifs.

2° *Laryngite ulcéreuse chronique :* révulsifs; narcotiques; caustiques liquides ou pulvérulens; gargarismes excitans; astringens; cathérétiques.

3° *Laryngite ulcéreuse syphilitique :* sudorifiques; mercuriaux; tisane de Feltz, etc.

ARTICLE VI.

LARYNGITE OEDÉMATEUSE ET SÉRO-PURULENTE (*Œdème de la glotte*).

La terminaison des diverses angines a de tout temps fixé l'attention des pathologistes. Ils ont tous signalé le grave danger de ces affections, lorsqu'elles prennent une intensité notable, et la mort, survenue par asphyxie dans les cas nombreux que possède la science, les a frappés vivement. Mais quelle était la véritable cause de cette asphyxie? Quelle était la lésion anatomique qui rendait ainsi le canal aérien imperméable à l'air? Voilà ce que l'absence de connaissances anatomico-pathologiques bien précises ne leur permettait pas toujours d'établir. L'infiltration séreuse ou séro-purulente de la glotte est, parmi les lésions qui déterminent ce genre de mort, celle qui est restée le plus longtemps inconnue. Il faut arriver à Morgagni (*de Caus. et Sed...*, *epist. IV*, 27; *epist. XLIV*, 13) pour trouver des détails circonstanciés sur l'infiltration des parties molles du larynx chez des individus affectés de laryngite ulcéreuse chronique. Plus tard Bichat (*Anat. descript.*, t. II, *Membrane laryngée*) a indiqué, en quelques mots, les lésions anatomiques de cette affection, et de plus signalé ses symptômes les plus saillans. Il dit: (p. 399) « Ce qu'il y a de certain, c'est que la portion (de la membrane muqueuse) qui forme l'ouverture supérieure du larynx est soumise à une espèce particulière d'engorgement séreux qui ne se manifeste en aucun autre endroit, et qui, épaississant beaucoup ses parois, suffoque souvent en très-peu de temps les

malades. » Plus loin encore (p. 404), il cite un exemple de cette affection survenue chez un chien, auquel il avait pratiqué des incisions au-dessus du larynx, et dont il avait percé l'épiglotte. « Une fois, dit-il, un des chiens soumis à cette expérience est mort, le lendemain, d'une angine séreuse exactement semblable à celle qui suffoque tout à coup les malades, et qui a son siége dans les deux replis de membrane muqueuse étendus entre les arythénoïdes et l'épiglotte. »

Mais quelque précises que fussent ces indications, il y avait loin de là à la description détaillée de la maladie et à l'appréciation des principales circonstances dans lesquelles elle se produit. Aussi peut-on dire qu'avant Bayle la maladie n'était réellement pas connue, car il ne faut pas se laisser tromper par certaines dénominations employées par les auteurs du dernier siècle. Lorsqu'on lit, par exemple, la description faite par Boerhaave et son commentateur, sous le titre d'*Angina aquosa*, on est bientôt convaincu que ces deux médecins célèbres n'avaient point une idée exacte de la maladie dont il s'agit, et voulaient principalement parler de l'infiltration séreuse des parties molles du pharynx (*Aphor.*, t. II, p. 634).

C'est donc à Bayle qu'appartient véritablement l'honneur d'avoir fait connaître l'ensemble des accidens dus à ce qui a été appelé généralement depuis *œdème de la glotte*. Son Mémoire, lu en 1808 à la Société de Médecine de Paris, et reproduit en partie dans le *Dictionnaire des Sciences Médicales*, se trouve inséré en entier dans le *Journal de Médecine, Chirurgie*, etc., etc. (tom. IV, janvier 1819).

Depuis lors, de nombreux travaux ont été publiés

sur la laryngite œdémateuse; les plus récens sont ceux de MM. Trousseau et Belloc, de M. Legroux et de M. Bricheteau. Je ne signalerai pas ici les divers auteurs qui se sont occupés de ce sujet, parce que j'aurai à les citer fréquemment dans le cours de cet article. Je dirai seulement que leurs recherches ont, sur plusieurs points, modifié les idées de Bayle, et qu'un de ceux qui les premiers ont signalé les points sur lesquels ces idées devaient être modifiées, est M. Bouillaud, dont le Mémoire sur l'angine œdémateuse (*Archiv. gén.*, 1re série, tom. VII, 1825) contient des observations fort intéressantes. Sans m'arrêter plus longtemps à cet historique, je vais passer à la description de la maladie.

§ Ier. — Définition; synonymie; fréquence.

La laryngite œdémateuse et séro-purulente est une affection dans laquelle, à la suite d'une inflammation peu intense, de la formation d'un abcès, ou bien de l'inflammation des bords d'un ulcère récent ou ancien, les replis muqueux du larynx s'infiltrent de sérosité mêlée ou non de pus, obstruent l'ouverture de la glotte et donnent lieu aux symptômes de l'asphyxie. Ce n'est point ici le lieu de défendre cette *définition*, que les recherches les plus récentes m'ont fait adopter; j'y reviendrai lorsque les lésions anatomiques auront été décrites.

Bayle avait donné à cette affection le nom d'*œdème de la glotte* ou *angine laryngée œdémateuse*; M. Bricheteau (*Archiv. gén.*, novembre 1841) lui conserve le nom d'*angine aqueuse* que Boerhaave avait appliqué, ainsi que nous l'avons vu, à une maladie mal déterminée. M. Cruveilhier (*Diction. de*

Méd. et de Chir. prat., art. *Laryngite*), veut qu'on lui donne le nom de *Laryngite sous-muqueuse*, et l'auteur de l'article *Inflammation du Larynx*, du *Dict. de Méd.* (t. XVII, 1838), a adopté cette dénomination. On verra plus loin que ce dernier nom ne peut pas convenir à la maladie dont il s'agit; car c'est tantôt une inflammation superficielle de la muqueuse, et tantôt une ulcération profonde qui donnent lieu à l'*infiltration sous-muqueuse* des parties voisines.

Sans être une maladie des plus *fréquentes*, la laryngite œdémateuse ou séro-purulente n'est pas non plus très-rare. Aujourd'hui la science en possède un grand nombre d'exemples, mais il faut les chercher sous les titres de *phthisie laryngée*, *laryngite ulcéreuse*, etc., affections dont elle est la terminaison.

§ II. — Causes.

1°. *Causes prédisposantes.*

Il est fort rare d'observer cette espèce de laryngite chez les enfans; MM. Guersant et Blache, Trousseau et Belloc ont parlé de quelques cas d'anasarque dans lesquels le larynx se serait infiltré comme le reste du corps. Ces deux derniers auteurs citent même l'observation d'une petite fille de huit ans qui, étant prise d'une infiltration générale après la scarlatine, présenta tous les symptômes d'une angine œdémateuse. Mais l'enfant ayant heureusement guéri, l'état du larynx ne put être constaté. Billard (*Trait. de Mal. des Enf.*, p. 511) rapporte des cas à peu près semblables, observés chez des nouveau-nés. Mais tous ces faits manquent des détails suffisans pour fixer notre opinion.

Nous n'avons pas de recherches exactes sur l'influence du *sexe* dans la production de cette maladie.

Il en est de même de la *constitution*, mais seulement de la constitution primitive des sujets; car il est certain que ceux chez qui la maladie se produit de préférence ont été affaiblis et détériorés par des affections aiguës ou chroniques.

Cette dernière circonstance est même la plus importante à considérer; c'est la seule que l'observation ait mise complétement hors de doute. Si, en effet, nous examinons attentivement tous les cas dans lesquels cette espèce de laryngite s'est manifestée, nous en trouvons infiniment peu qui n'aient eu lieu dans le cours ou dans la convalescence d'une autre maladie. Bien plus, la laryngite œdémateuse n'est, le plus souvent, qu'une terminaison de la laryngite ulcéreuse, en sorte que, dans l'esprit du pathologiste, ces deux affections, lorsqu'elles se succèdent, n'en forment réellement qu'une, les progrès de celle-ci donnant presque nécessairement naissance à l'autre. Aussi la division que j'ai établie est-elle toute artificielle, et ne peut-elle être excusée que par les nécessités de la pratique.

Pour préciser davantage, et résoudre avec connaissance de cause une question fréquemment discutée dans ces dernières années, j'ai rassemblé les observations les plus concluantes, et de leur examen il résulte ce qui suit: 1° sur 37 observations empruntées à Bayle, MM. Tuilier (*Essai sur l'Angine œd.*, thèse, 1815), Bouillaud, Miller (*Lond. med. Gaz.*, janv. 1833), Cruveilhier, Trousseau et Belloc, Legroux, Bricheteau, etc., je n'en trouve que 2 dans lesquelles la maladie ait paru se développer, dans l'état de santé,

par une laryngite primitive. Dans tous les autres cas, l'infiltration séreuse ou séro-purulente des replis arythéno-épiglottiques était apparue soit dans la convalescence d'une maladie aiguë, soit dans le cours d'une affection du larynx et principalement des ulcères syphilitiques ou non syphilitiques. Les maladies dans la convalescence desquelles s'est déclarée la laryngite œdémateuse sont : la pneumonie, le catarrhe pulmonaire, les diverses formes de fièvres admises à l'époque où écrivait M. Tuilier, l'angine pharyngienne observée par M. Bricheteau, etc. C'est surtout dans la convalescence des fièvres que cette affection s'est le plus fréquemment montrée. Dans deux cas cités par MM. Bouillaud et Miller, un érysipèle qui envahit la tête et le cou précéda l'apparition des symptômes laryngiens.

On voit par là que l'infiltration séreuse ou séro-purulente du larynx demande, pour être produite, des conditions particulières, et qu'on ne doit guère la redouter comme affection primitive.

2°. *Causes occasionnelles.*

Rarement on a pu saisir d'une manière bien positive les causes qui, dans les circonstances que nous venons d'indiquer, produisent la laryngite séro-purulente. Dans deux ou trois cas seulement, je vois que les sujets se sont plaints d'avoir été exposés au *froid*. C'est surtout dans la convalescence des maladies fébriles que cette cause a agi.

Lorsqu'il existe des ulcères anciens ou une carie des cartilages, la laryngite dont il s'agit est due aux progrès de l'affection chronique et aux lésions qu'elle détermine dans les tissus environnans. La marche

seule de la maladie conduit à cette terminaison redoutable; il n'est pas besoin d'une cause occasionnelle pour produire cet effet. Néanmoins on conçoit que l'exposition imprudente *au froid et à l'humidité*, de *grands efforts de la voix*, et toutes les causes d'irritation du larynx, peuvent hâter l'apparition des accidens, en accélérant la marche de la maladie. C'est d'ailleurs, comme on le voit, un point d'étiologie qui demande à être étudié de nouveau.

§ III. — Symptômes.

Le *début* n'est pas entièrement le même, suivant que la maladie est due à une inflammation simple, comme dans la 1re observation de Bayle (*Nouv. Journ. de Méd.*, etc., t. IV, p. 23), ou bien qu'elle est une terminaison d'une affection organique du larynx, plus ou moins ancienne. Dans le premier cas, soit que le malade se trouve dans la convalescence d'une maladie fébrile, soit, ce qui est infiniment plus rare, que l'affection laryngée débute au milieu de la santé, les premiers symptômes sont légers. Ils consistent dans un *sentiment de malaise* éprouvé dans le larynx, et qui engage les malades à faire de fortes expirations, comme pour chasser un corps qui obstrue la glotte. La *voix* est un peu rauque. La *respiration* est médiocrement gênée, et, suivant la remarque de Bayle, la *fièvre* est nulle ou presque nulle et la santé paraît assez bonne. Il est inutile de faire observer que ce sont là les signes d'une laryngite légère, dans laquelle il existe peut-être déjà un peu plus de tuméfaction que dans les cas ordinaires.

Lorsqu'il s'agit, au contraire, d'une infiltration

séreuse ou séro-purulente de la glotte, avec lésion profonde du larynx, les symptômes dus à la tuméfaction des replis muqueux sont précédés des symptômes de ces lésions elles-mêmes, et ici il y a encore une distinction à établir. Si l'affection primitive a une marche aiguë, et si l'inflammation est très-violente, comme on peut en voir des exemples dans des cas cités par Laennec, Bayle, MM. Bouillaud, Legroux, etc., la *douleur* qui précède la suffocation est intense; il y a une *fièvre* plus ou moins violente, quelquefois précédée de *frisson*, et parfois aussi une *tuméfaction du cou* qui annoncent combien la lésion fait sentir au loin son influence. C'est dans ces cas qu'on trouve, à l'autopsie, des abcès aigus, des suppurations largement étendues, qui se sont quelquefois portées au-delà des limites du larynx.

Si, au contraire, la lésion primitive a une marche très-chronique, s'il ne survient aucun accident qui donne à ces symptômes une acuité nouvelle, la suffocation n'est guère précédée que d'une gêne un peu plus grande dans la respiration, et parfois même l'infiltration des bords de la glotte n'est annoncée que par un premier accès.

Symptômes. Une fois l'affection confirmée, elle se manifeste par des symptômes assez uniformes pour qu'on puisse en tracer une description générale. Je vais les examiner chacun en particulier, puis je décrirai les accès de suffocation dans lesquels ils se montrent réunis, et enfin j'indiquerai les différences que peuvent présenter les divers cas.

La *douleur* est un symptôme constant. Cependant elle est très-variable; elle n'est portée à un très-haut degré que dans les cas où une inflammation suppu-

rative aiguë a donné lieu à un abcès. Dans les autres cas, il n'existe qu'une simple gêne, un embarras du larynx ou des picotemens qui excitent la toux. On a rarement recherché si la douleur augmentait par la pression exercée sur le larynx, et cet effet n'a été constaté que dans une très-petite proportion des cas. La *déglutition* est toujours gênée et parfois impossible, comme l'a noté M. Bouillaud. Quelquefois on a constaté le *rejet des boissons par le nez*; alors l'épiglotte était corrodée par des ulcérations.

La *voix* ne tarde pas à être très-altérée, si elle ne l'était déjà, et dans ce dernier cas son altération augmente. Elle est rauque, pénible, éteinte, et exige de la part du malade des efforts pendant lesquels il semble dominé par l'effroi d'augmenter sa suffocation. Billard a attribué à l'infiltration des bords de la glotte un cri chevrotant qu'on observe chez les nouveau-nés œdémateux; mais, dans mes recherches sur cette maladie (*Cliniq. des Mal. des Enf. nouv.-nés,* p. 628, 1838), j'ai fait observer que ce cri se remarquait même dans les cas où il n'y avait point d'infiltration, et j'ai dû en conclure qu'il reconnaissait pour cause l'extrême faiblesse des enfans affectés d'œdème.

La *respiration* est toujours excessivement gênée. Tous les auteurs ont noté la grande différence qu'il y avait entre l'inspiration et l'expiration. La première, en effet, est extrêmement difficile; elle exige les plus grands efforts de la part du malade; il y a même parfois une véritable *orthopnée*, comme on en voit un exemple dans une observation de M. Bouillaud. L'expiration, au contraire, se fait toujours avec une certaine facilité, et ce phénomène est, dans la

plupart des cas, si remarquable, que M. Blache (*loc. cit.*) le donne comme un signe pathognomonique. Pendant les efforts d'inspiration, il se produit un râlement, un ronflement guttural souvent très-fort. Dans les premiers temps de la maladie, lorsque les symptômes n'ont pas encore acquis un haut degré de violence, ce ronflement guttural n'a lieu ordinairement que pendant le sommeil. Il peut être modifié de diverses manières : M. Legroux, en effet, a constaté un frôlement particulier, une espèce de cri de coq, un claquement de soupape à la fin de chaque inspiration. Un autre signe qui annonce combien la respiration est gênée, c'est la nécessité dans laquelle les malades se trouvent de tenir leur bouche entr'ouverte, ce qui n'empêche pas toujours, comme on le voit dans une observation de M. Bouillaud, la dilatation exagérée des ailes du nez à chaque inspiration. Ce dernier signe ne se remarque que dans les cas d'une grande intensité, et pendant les accès.

Quoique la poitrine résonne bien partout, à la *percussion*, on n'entend pas, ou on entend à peine le *murmure respiratoire*.

La *toux* ne présente pas de caractère essentiel; elle est souvent sèche, déchirée, éteinte.

La matière de l'*expectoration* varie suivant les lésions dont le larynx est le siége. Ainsi, lorsqu'il y a une inflammation simple, on n'observe que des crachats glaireux, suivant l'expression de Bayle. S'il existe des ulcères anciens, on trouve l'expectoration qui a été décrite à l'occasion de la laryngite ulcéreuse chronique; si c'est un abcès qui s'est fait jour dans le larynx, les crachats sont striés d'une matière d'un blanc mat ou verdâtre. L'expectoration

peut même être complétement purulente : M. Bouillaud (*loc. cit.*) en cite un exemple qui est d'autant plus remarquable, que le sujet, n'ayant pas la force de faire des efforts d'expectoration, rendait, par une espèce d'expuition, une quantité considérable de matière purulente. Dans un cas, M. Bricheteau a noté une expectoration de crachats sanglans et noirâtres, qui disparut avec les principaux symptômes, la maladie ayant eu une heureuse issue.

Si on *examine le pharynx*, on y trouve parfois un gonflement plus ou moins considérable des parties qui le constituent, et quelquefois aussi des ulcérations qui ont été la cause primitive du mal, en déterminant l'infiltration des parties environnantes et du larynx. Dans quelques cas, on a vu l'*épiglotte* tuméfiée, ulcérée, déformée, faire saillie à la base de la langue, et enfin MM. Tuilier, Legroux, Bricheteau, etc., ont pu, en portant le doigt dans l'arrière-gorge, sentir le *bourrelet* formé par l'infiltration des replis arythéno-épiglottiques. Je reviendrai sur ces signes à l'occasion du diagnostic.

Tels sont les principaux symptômes de cette redoutable affection. Ils existent toujours plus ou moins dans tout son cours; mais il survient, dans la généralité des cas, des exacerbations violentes, de véritables *accès* qui lui donnent une physionomie remarquable. A des époques plus ou moins rapprochées, on voit apparaître presque tout à coup une dyspnée excessive. Les malades éprouvent la sensation d'un corps étranger qui obstrue complétement le larynx, et souvent ils portent la main à leur cou, comme pour l'en arracher; on en a vu même (*Obs.* de Bayle et de M. Bouillaud) chercher à introduire

leur main dans le fond de la gorge pour enlever l'obstacle, insister pour qu'on leur fît l'ouverture du larynx, ou demander un instrument tranchant pour pratiquer eux-mêmes cette ouverture. Alors les symptômes d'asphyxie sont portés au plus haut degré; la face est livide, les yeux sont saillans et hagards; une sueur froide inonde le visage; les extrémités sont refroidies; il y a une agitation extrême et parfois des vertiges, comme l'a observé M. Bricheteau. Suivant Bayle, la durée de ces accès est de cinq minutes à un quart d'heure, et les intervalles qui les séparent varient depuis plus de huit jours à quelques heures. Le fait est vrai, mais il faut distinguer; sans doute dans la laryngite œdémateuse qui succède à une laryngite ulcéreuse chronique, les premiers accès de suffocation peuvent se manifester à plus de huit jours d'intervalle; mais dans les cas soit d'inflammation simple, soit d'abcès du larynx, soit d'ulcérations aiguës, il y a toujours plusieurs accès dans les vingt-quatre heures, et les intervalles qui les séparent sont très-irréguliers.

Dans l'*intervalle des accès*, la face, qui était congestionnée et livide, devient pâle; l'agitation fait place à un affaissement profond. Il survient aussi, fort souvent, un assoupissement qui va toujours en augmentant si la maladie doit avoir une issue funeste.

Le *pouls* faible, concentré, misérable, devient en outre irrégulier et intermittent pendant les accès. Il est toujours plus ou moins accéléré, mais beaucoup plus dans les cas d'inflammation violente, dans lesquels le mouvement fébrile caractérisé par la chaleur de la peau, par une vive anxiété et par les troubles de la circulation, peut être porté à un haut degré.

On a observé assez souvent, et MM. Cruveilhier et Bouillaud en ont cité plusieurs exemples, une tuméfaction plus ou moins considérable du cou. Ce symptôme ne se remarque que dans les cas où des lésions profondes existent dans le larynx.

§ IV. — Marche ; durée ; terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie diffère notablement, comme je l'ai déjà fait pressentir, suivant que l'œdème de la glotte est produit par une inflammation aiguë ou par une lésion chronique. Dans l'un et l'autre cas, il y a des accès de suffocation bien prononcés ; mais tandis que, dans le premier, les accès violens, irréguliers, se produisent, dès le début, plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, dans l'autre on voit d'abord des accès survenir à des époques éloignées, huit, dix, et même quinze jours ; puis ces accès se rapprochent au point qu'au bout d'un certain temps on en compte un ou plusieurs dans les vingt-quatre heures, et la maladie est alors portée au même degré que dans le cas précédent. Lorsque l'affection est très-aiguë, les accès sont, quoique très-violens, moins tranchés que lorsqu'elle est chronique.

D'après ce qui vient d'être dit, on doit juger que la *durée* de l'affection est très-variable. Bayle a vu des cas se prolonger pendant plus d'un mois ; ce sont ceux où l'infiltration du larynx était la suite d'une affection chronique. On ne peut douter que dans des cas semblables plusieurs infiltrations, qui se dissipent bientôt, ne produisent les premiers accès, tandis que, plus tard, la lésion organique faisant des progrès, l'infiltration devient permanente. Dans

les cas où l'affection primitive était aiguë, la durée de la maladie n'a presque jamais excédé cinq ou six jours.

La *terminaison* de cette affection est importante à considérer. Quelquefois on voit les malades succomber au milieu même d'un accès; alors la mort par asphyxie ne saurait être douteuse. Mais plus souvent encore les malades sont emportés dans l'intervalle des accès. On les voit s'affaiblir de plus en plus; après chaque accès, ils sont plus affaissés, plus abattus, plus assoupis; la face exprime le découragement, et quelquefois, comme Bayle l'a observé, elle a un aspect cadavérique; le pouls s'affaiblit, et le malade s'éteint en conservant le plus souvent sa connaissance. Dans ce cas, quelle a été la cause de la mort? Bayle considérant que le plus souvent l'obstruction de la glotte n'était pas assez considérable pour empêcher l'air de pénétrer dans les poumons, et que ce n'était point dans un accès de dyspnée que le malade succombait, pensait qu'il fallait attribuer la mort à un certain spasme du poumon qui ne permettait plus à l'air d'y subir les changemens nécessaires à l'hématose. C'est avec raison que M. Bouillaud a combattu cette manière de voir : il est trop évident que la mort est due à l'impossibilité du passage de l'air dans le larynx, pour qu'on puisse le révoquer en doute, et s'il en fallait une preuve, on n'aurait qu'à citer les cas où la trachéotomie a ranimé des sujets presque mourans, par le seul fait du libre abord du sang dans les cellules pulmonaires. Si la respiration paraît libre peu de temps avant la mort, c'est que la poitrine se dilatant fort peu, à peine un petit filet d'air passe-t-il à travers la glotte

rétrécie. Dans quelques cas, la trachéotomie n'a point réussi à ranimer les sujets; c'est qu'alors, comme l'a très-bien fait observer M. Cheyne, tous les organes ont été trop fortement stupéfiés par l'afflux du sang non hématosé.

§ V. — *Lésions anatomiques.*

J'indiquerai très-rapidement les diverses lésions anatomiques trouvées à l'ouverture des corps. Commençons par celles qui appartiennent en propre à la laryngite séreuse ou séro-purulente.

Bayle a toujours trouvé les bords de la glotte gonflés, épaissis, blancs et comme tremblottans. Dans les cas qu'il a examinés, ces bords formaient un bourrelet plus ou moins saillant et très-infiltré d'une sérosité qu'il était fort difficile de faire écouler, même en comprimant entre les doigts une portion de la membrane à laquelle on avait fait plusieurs incisions.

Cette infiltration observée par Bayle a été constatée également par plusieurs autres auteurs, et notamment par Bichat et M. Lisfranc, qui ont remarqué ce qui suit : Lorsque l'air est poussé vers le larynx de haut en bas, les bourrelets qui viennent d'être décrits se renversent en dedans et obstruent plus ou moins complétement l'ouverture de la glotte. Si, au contraire, comme M. Lisfranc l'a expérimenté plusieurs fois, on pousse de l'air, à l'aide d'un soufflet, par l'ouverture inférieure du larynx, celui-ci passe facilement par l'ouverture supérieure, les bourrelets se laissant écarter sans peine. Cette disposition rend parfaitement compte des phénomènes observés dans les deux temps de la respiration, pendant la vie.

Bayle ne décrit guère d'autre altération organique; cependant, en consultant les observations, on voit qu'elles sont beaucoup plus variées. Ainsi l'on a trouvé les replis arythéno-épiglottiques, les cordes vocales et même tout le tissu sous-muqueux du larynx, infiltrés d'un liquide purulent ou plus souvent encore séro-purulent. Parfois même cette infiltration s'étend au pharynx et au tissu cellulaire sous-cutané de la région laryngienne. Quelquefois on trouve, sur les parties infiltrées elles-mêmes, des exulcérations, un ramollissement plus ou moins considérable de la membrane muqueuse : lésions évidemment récentes. Dans d'autres cas, il n'y a qu'une simple rougeur, à laquelle, dans un cas cité par M. Lawrence (*Med. chir. trans. of London*, vol. VI, p. 221, 1819) se joignaient des granulations à la surface de la membrane.

Telles sont les lésions qui appartiennent en propre à la laryngite œdémateuse ou séro-purulente. Je n'ajouterai qu'un mot relativement aux altérations récentes ou anciennes qui en ont été la cause première. On trouve des destructions plus ou moins profondes de la muqueuse et du tissu sous-muqueux; l'ossification, la carie des cartilages qui sont noirs, détachés, friables, et qui baignent dans le pus; des abcès sous la muqueuse laryngienne, tantôt communiquant avec la cavité du larynx, tantôt entièrement isolés. Ces abcès, qui contiennent quelquefois un pus phlegmoneux, offrent souvent une sanie liquide. On a aussi trouvé des perforations des cartilages, des ulcérations du pharynx, etc.

Reste maintenant à savoir dans quelles proportions se rencontrent ces diverses lésions. Ce travail

est difficile, attendu que plusieurs des observations qu'on pourrait consulter manquent des détails les plus nécessaires. Je dirai seulement que, dans la très-grande majorité des cas, on a trouvé, à l'autopsie, des ulcérations aiguës ou chroniques et des abcès.

§ VI. — Diagnostic ; pronostic.

Diagnostic. Le diagnoctic de cette redoutable affection a beaucoup occupé les auteurs. Aussi avons-nous à ce sujet des renseignemens très-précis. Mais avant d'exposer le résultat des recherches les plus précises, il faut dire un mot d'un mode d'exploration qui a été regardé par les uns comme très-sûr, et par les autres comme très-incertain : je veux parler du *toucher* exercé sur la partie supérieure du larynx. M. Tuilier (*loc. cit.*) eut le premier l'idée de porter le doigt dans l'arrière-gorge pour reconnaître l'état des parties. Dans la plupart des cas, cet auteur parvint à reconnaître l'existence de deux bourrelets mollasses, saillans en arrière et sur les côtés de l'épiglotte; mais quelquefois, et notamment dans un cas dont il a donné l'observation, il ne put constater rien de semblable. Plus tard M. Lisfranc (*Mém. sur l'Ang. laryng. œd., Journ. gén.*, t. LXXXIII, 1825), est arrivé au même résultat, et récemment M. Bricheteau a fait sentir à plusieurs médecins les deux bourrelets que je viens d'indiquer. D'un autre côté, plusieurs auteurs ont affirmé que le toucher ne fournissait aucun signe de quelque valeur. A quoi tient donc cette différence d'opinion sur un fait qu'on peut constater physiquement? C'est probablement que le gonflement n'a pas toujours son siége dans les replis arythéno-épiglottiques, et que souvent il occupe

les cordes vocales inaccessibles au toucher. Il suit de là, d'une part, que ce mode d'exploration ne doit pas être négligé, puisqu'il peut fournir un signe pathognomonique, et, de l'autre, qu'on ne doit pas avoir une confiance aveugle en lui, puisque la maladie peut exister d'une manière évidente, sans qu'il fasse reconnaître la tuméfaction du larynx.

Exploration par le toucher.

Pour explorer la partie supérieure du larynx par le toucher, il faut faire ouvrir la bouche aussi largement que possible; puis on porte le doigt indicateur sur un des côtés du pharynx, en dehors de l'épiglotte; et quand son extrémité a franchi cet opercule, on la ramène en dedans, de manière à en porter la pulpe sur l'ouverture laryngienne. Cette opération doit se faire rapidement, de peur d'augmenter la suffocation.

Il est quelquefois très-difficile de parvenir jusqu'au larynx, parce que le malade ne peut pas ouvrir suffisamment la bouche; c'est ce qui a lieu principalement lorsque le pharynx est atteint d'une inflammation violente, comme dans un des cas cités par M. Bouillaud.

Diagnostic différentiel. Les maladies avec lesquelles on peut confondre la laryngite séro-purulente sont les mêmes, à peu près, que celles qui peuvent être confondues avec la laryngite aiguë intense. Je vais les passer successivement en revue.

Dans la *laryngite simple aiguë*, nous trouvons un bon nombre des symptômes de la laryngite séro-purulente aiguë. Toutefois, dans la dernière, il existe une gêne de la respiration beaucoup plus marquée; les ronflemens gutturaux, le frôlement,

les bruits particuliers qu'elle présente dans l'inspiration, ne se remarquent pas à un aussi haut degré dans la simple laryngite aiguë. Les accès de suffocation sont beaucoup plus violens et plus tranchés. L'*auscultation* pratiquée sur les divers points de la poitrine démontre que, malgré les grands efforts d'inspiration, l'air pénètre à peine dans le poumon : il y a en effet absence complète ou presque complète du murmure respiratoire. Enfin, si par le toucher on peut constater l'existence des bourrelets œdémateux, tous les doutes sont levés.

La *laryngite chronique simple* ou *ulcéreuse* ne peut être confondue avec la maladie qui nous occupe, malgré les altérations de la voix. Dans la première, la dyspnée est peu considérable, et les accès de suffocation nuls. Dans la seconde, lorsque ces symptômes existent à un haut degré, c'est que la maladie se termine par l'œdème de la glotte.

La *laryngite striduleuse* n'attaque guère que les enfans, tandis que celle dont nous parlons sévit chez les adultes. La première présente, entre les accès de suffocation, des intervalles dans lesquels les symptômes sont très-légers et la voix très-peu altérée ; ces signes suffisent pour distinguer les deux maladies.

La *laryngite pseudo-membraneuse* n'est guère plus difficile à distinguer ; son existence, presque exclusive chez les enfans, et la présence de la fausse membrane sur la muqueuse pharyngienne, suffisent ordinairement pour lever tous les doutes.

Les commémoratifs feront distinguer l'affection qui nous occupe de la présence d'*un corps étranger* introduit dans les voies aériennes.

Restent maintenant des affections qui déterminent des accès de suffocation, mais dont le siége n'est pas dans le larynx. Celles que les auteurs ont signalées comme pouvant être confondues avec la laryngite séro-purulente sont : l'*asthme*, l'*emphysème pulmonaire* et l'*anévrysme de l'aorte*.

Quant à l'*asthme* et à l'*emphysème pulmonaire*, doit-on réellement chercher à établir un diagnostic entre eux et la laryngite œdémateuse ? Je ne le pense pas; car, malgré les accès de suffocation et la respiration sifflante, l'absence de douleur, de constriction, et généralement de tout symptôme du côté du larynx, ne laissent pas la moindre place à l'erreur.

Dans un cas cité par Bayle et recueilli par M. Cayol, un *anévrysme de l'aorte* fut pris pour un œdème de la glotte. Comment donc établir le diagnostic dans un pareil cas, s'il venait encore à se présenter? Les symptômes offerts par le malade étaient les suivans : Voix enrouée, respiration gênée et bruyante, sifflement à chaque inspiration, légère douleur au larynx, toux, expectoration d'une grande quantité de matières glaireuses, filantes. Sans doute il y avait là quelques symptômes qui pouvaient induire en erreur, d'autant plus que le malade, qui se plaignait souvent du larynx, avait éprouvé plusieurs maladies vénériennes. Mais plus tard l'analyse de l'observation fit voir : 1° que la douleur du larynx n'était pas constante; 2° que bien que la dyspnée augmentât par momens, il n'y avait point eu de véritables accès de suffocation; 3° que la voix n'était pas aussi altérée que dans l'œdème de la glotte. Ces signes seraient suffisans; et si on y ajoutait l'examen du larynx par le toucher pour découvrir le bourrelet,

ainsi que l'auscultation et la percussion de la poitrine, on serait nécessairement conduit à un diagnostic positif.

Il est très-probable que si toutes ces précautions avaient été prises, quelques erreurs signalées dans les auteurs auraient été évitées. Néanmoins il faut convenir qu'il peut y avoir des cas d'un diagnostic difficile, puisque des chirurgiens distingués ont pu pratiquer la trachéotomie chez des sujets qui ne présentaient autre chose qu'un anévrysme de l'aorte. Dans un cas même (voy. Cheyne, *loc. cit.*), l'opérateur eut le malheur d'ouvrir la tumeur anévrysmale.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1°. *Signes distinctifs de la laryngite séro-purulente et de la laryngite simple aiguë.*

LARYNGITE SÉRO-PURULENTE.	LARYNGITE SIMPLE AIGUE.
Accès de dyspnée très-violens.	*Accès de dyspnée* moins marqués ou moins violens.
Ronflemens gutturaux; bruit de frôlement; inspiration aiguë très-marquée, etc.	Respiration plus ou moins forte, mais *sans bruits particuliers*.
Murmure respiratoire très-faible, presque nul, dans tous les points de la poitrine.	*Murmure respiratoire* plus ou moins *fort*.
Par le toucher, on constate l'existence du *bourrelet* à la partie supérieure du larynx (signe pathognomonique).	*Point de bourrelet* saillant à la partie supérieure du larynx.

2°. *Signes distinctifs de la laryngite séro-purulente et de la laryngite striduleuse.*

LARYNGITE SÉRO-PURULENTE.	LARYNGITE STRIDULEUSE.
N'attaque presque jamais *que les adultes*.	*N'attaque* presque jamais *que les enfans*.
Entre les accès de suffocation, symptômes assez intenses.	*Entre les accès*, symptômes très-légers.
Voix toujours *très-altérée* dans tout le cours de l'affection.	*Voix très-peu altérée* entre les accès.

3°. *Signes distinctifs de la laryngite séro-purulente et de la laryngite pseudo-membraneuse.*

LARYNGITE SÉRO-PURULENTE.	LARYNGITE PSEUDO-MEMBRANEUSE.
Attaque les *adultes*.	Attaque principalement les *enfans*.
Expectoration muqueuse, muco-purulente ou sanieuse.	Souvent débris de *fausses membranes* dans la matière de l'*expectoration*.
Pharynx libre ou seulement enflammé et ulcéré.	Souvent *fausses membranes* dans le *pharynx*.

Il faut appliquer à tous ces diagnostics différentiels une remarque générale, relative à la laryngite œdémateuse provoquée par les progrès d'une inflammation ulcéreuse chronique. C'est que la marche de la maladie suffit, presqu'à elle seule, pour lever tous les doutes. Ainsi, lorsque dans une affection du larynx qui a présenté, pendant un espace de temps plus ou moins long, les symptômes décrits à l'article *Laryngite ulcéreuse*, il survient des accès de suffocation et tous les autres accidens qui ont été indiqués plus haut, on doit diagnostiquer une laryngite œdémateuse ou séro-purulente, à l'exclusion de toutes les autres affections que je viens de mentionner.

4°. *Signes distinctifs de la laryngite séro-purulente et de l'anévrysme de l'aorte.*

LARYNGITE SÉRO-PURULENTE.	ANÉVRYSME DE L'AORTE.
Douleur constante dans le larynx.	*Douleur* du larynx, faible et *non constante*.
Accès de suffocation bien marqués.	*Dyspnée continue*, et seulement augmentant par intervalles.
Voix très-altérée ; grands efforts pour se faire entendre.	*Voix très-peu altérée ;* seulement un peu de raucité.
A l'*auscultation* et à la *percussion*, aucun signe de l'anévrysme de l'aorte.	A l'*auscultation* et à la *percussion*, signes d'un anévrysme de l'aorte comprimant la trachée.

Pronostic. Le pronostic de cette affection est généralement très-grave, puisque sur 39 cas que j'ai sous les yeux, il n'y a eu que 9 guérisons; proportion qui doit être encore beaucoup diminuée, si l'on réfléchit que, dans des maladies semblables, les cas de guérison sont publiés avec empressement, tandis que les cas de mort sont très-souvent passés sous silence.

La maladie est beaucoup moins grave lorsque l'altération sous l'influence de laquelle l'œdème s'est produit est superficielle ou purement inflammatoire, que lorsqu'il y a des altérations profondes. Ainsi, sur les 9 cas de guérison que j'ai sous les yeux, il en est 5 qui ont guéri sans le secours de la trachéotomie, et 4 d'entre eux appartenaient évidemment à l'inflammation simple. Dans le cinquième, il en était très-probablement de même. Dans les cas, au contraire, où la trachéotomie fut nécessaire, trois fois il existait des ulcères anciens.

§ VII. — Traitement.

Il est inutile de dire que le traitement d'une affection aussi redoutable doit être très-énergique. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point. Il ne s'agit donc plus que de savoir quels sont les moyens auxquels il faut donner la préférence. Ici la tâche devient plus difficile; car, comme dans toutes les affections très-graves, on n'ose point, dans la laryngite œdémateuse ou séro-purulente, se borner à l'emploi d'un seul médicament. On les met presque tous concurremment en usage, et par là il devient très-difficile de démêler l'action propre à chacun. Cherchons donc, dans les faits bien observés, quelles ont

été les médications complexes qui ont le mieux réussi.

Antiphlogistiques. La saignée, soit générale, soit locale, a été mise en usage dans presque tous les cas, et l'on conçoit qu'il devait en être ainsi dans une affection due à une inflammation très-aiguë ou aux progrès rapides d'une inflammation ancienne. La *saignée générale* a été recommandée principalement par Bayle et MM. Miller, Cheyne et Legroux. Ce dernier a employé des saignées répétées en même temps que les sangsues. Néanmoins il a soin de faire remarquer qu'il faut être sobre de ce moyen chez les sujets affaiblis, et qu'il ne faut point persister dans son emploi lorsque, après plusieurs saignées, l'amélioration est peu considérable. Il est plus que probable que la saignée a son degré d'utilité, mais il est certain aussi que dans aucun cas elle n'a suffi pour procurer la guérison. C'est donc un moyen sur lequel on ne pourra compter que comme venant en aide à l'action des autres remèdes. Les *sangsues* ont-elles eu plus d'effet? D'après les observations, il n'en est rien, et l'on ne peut même pas savoir si elles ont procuré un soulagement réel. On les emploie ordinairement en même temps que la saignée générale; Bayle conseille de les appliquer à l'anus.

Révulsifs. Il est rare qu'on ne joigne pas à l'action de la saignée celle des révulsifs. Ainsi l'on applique des vésicatoires autour du cou, des sinapismes; on pratique, sur la même région, des frictions irritantes, etc. Le *vésicatoire* a été appliqué par Bayle, MM. Bouillaud, Patissier, Miller, Bedingfield, etc. Ce sont généralement de larges vésicatoires

qui ont été posés et qu'on a laissés à demeure. Ce moyen est un de ceux qu'il faut le moins négliger; néanmoins on ne saurait dire qu'il ait suffi pour emporter la maladie, car jamais on ne l'a employé seul. Mais j'ai vu, pour ma part, deux cas où, un large vésicatoire étant appliqué sur la partie antérieure du cou, en même temps qu'on administrait l'émétique en lavage, tous les accidens de l'œdème de la glotte se dissipèrent rapidement. Les sujets étaient deux femmes affectées depuis plusieurs années d'ulcères évidens du larynx. Dans un de ces cas, entre autres, la suffocation, qui durait presque sans interruption depuis vingt-quatre heures, était parvenue à un si haut degré, que l'on discuta la question de savoir si l'on devait pratiquer la trachéotomie. Mais M. Vidal (*de Cassis*), alors chirurgien à Lourcine, où était la malade, m'ayant cité plusieurs cas dans lesquels le vésicatoire, joint à l'émétique, avait eu un plein succès, j'employai cette médication qui réussit parfaitement, ainsi que je viens de le dire. Les vésicatoires qui ont eu d'aussi heureux effets étaient de très-grande dimension; ils occupaient la partie antérieure et les deux côtés du cou. Quelques médecins pensent qu'il vaut mieux appliquer un vésicatoire de chaque côté du cou, afin de laisser la région laryngienne libre pour la trachéotomie, dans le cas où cette opération deviendrait nécessaire. Mais ce n'est point là un motif suffisant, car la présence du vésicatoire ne peut réellement pas apporter le moindre obstacle à l'exécution de cette opération. Les vésicatoires ont aussi été placés à la nuque, à la partie supérieure de la poitrine, aux bras et aux cuisses : il est douteux que ces exutoires, et sur-

tout les derniers, aient eu l'effet qu'en attendait le médecin.

Les *sinapismes* ont été moins fréquemment mis en usage. Bayle et M. Miller sont à peu près les seuls qui citent des cas où ce moyen fut employé comme agent principal. Dans ces cas, il est remarquable que l'application des sinapismes fut suivie d'un soulagement presque immédiat. Celui qui est rapporté par Bayle, et dont l'observation appartient à M. Mérat, présente surtout cette particularité, que l'application des sinapismes produisit une infiltration remarquable de la partie antérieure du cou, et qu'il survint en même temps un amendement sensible de tous les symptômes. Les détails fournis par M. Mérat me paraissent assez intéressans pour trouver place ici.

« Le 1er, le 6, le 11 et le 24 août, on appliqua des sinapismes sur le larynx : le premier sur le milieu de l'organe, le deuxième sur le côté gauche, le troisième sur le côté droit, et le quatrième à la partie inférieure. Les deux premiers sinapismes produisirent un gonflement notable du tissu cellulaire sous-cutané, et même de la peau, qui devint très-rouge ; et quoiqu'il n'y eût chez ce malade aucune apparence d'œdème aux jambes ni aux mains, les parties rougies s'infiltrèrent d'une manière si remarquable, qu'en les pressant avec le doigt on y formait une empreinte, et en comprimant une portion de la peau entre deux doigts, la sérosité refluait dans le tissu cellulaire environnant. Le troisième sinapisme produisit moins d'infiltration ; le quatrième n'en causa qu'une médiocre. L'application de chaque sinapisme durait cinq heures ; à mesure qu'on les posait, l'étouffement diminuait, les autres symptômes s'amélioraient. »

L'action des sinapismes, dans ce cas, est très-digne de remarque sans doute ; toutefois il ne faut

pas lui accorder plus de valeur qu'elle n'en a réellement, car il résulte des détails de l'observation que la maladie avait une intensité médiocre.

Nous avons vu comment M. Hutchinson employait l'*huile de croton tiglium* dans la laryngite. Plusieurs des cas dans lesquels il a usé de ce médicament, pouvant se rapporter à l'espèce de laryngite qui nous occupe, on ne devra pas oublier cet agent thérapeutique (voy. pag. 225 et 251).

Frictions mercurielles. Les frictions mercurielles, si fréquemment employées dans les diverses espèces de laryngite, ont été aussi mises en usage dans la laryngite œdémateuse. M. Bricheteau, en particulier (*loc. cit.*), les a prescrites concurremment avec l'émétique, et les a continuées avec persévérance; mais, bien qu'il les ait poussées jusqu'à produire la salivation, elles n'ont paru avoir un bon résultat que dans un seul cas. Tantôt on pratique ces frictions sur le cou, tantôt dans un point plus ou moins éloigné. M. Bricheteau faisait faire des frictions sur le ventre et les cuisses, avec 25 *grammes d'onguent napolitain, chaque jour.* On ne trouve pas dans les autres auteurs de détails bien circonstanciés sur cette espèce de médication.

Le *mercure* a été aussi donné à l'intérieur; c'est le *calomel* qu'on a le plus fréquemment employé. M. Thompson (*Chron. laryng.*, etc.; *the Lancet*, t. I, pag. 543, 1834) conseille d'en donner 5 *centigrammes toutes les six ou huit heures.* Nous ne connaissons rien qui prouve d'une manière précise l'efficacité de ce moyen.

Vomitifs. C'est l'*émétique* qui a été presque exclusivement administré dans l'espèce de laryngite dont

il s'agit. Il a été recommandé, en particulier, par Bayle et MM. Cruveilhier et Legroux. On a vu que, joint aux frictions mercurielles, il paraissait avoir eu de bons résultats dans un cas cité par M. Bricheteau; j'en ai indiqué d'autres où, uni au vésicatoire, il avait été également suivi de succès. C'est donc un remède qu'il ne faudra pas négliger, sans toutefois lui accorder une aussi grande influence que dans la laryngite pseudo-membraneuse; car ici il n'y a point de fausses membranes à détacher.

Tels sont les moyens que l'on peut appeler *indirects*, et qui sont le plus généralement mis en usage. Je n'ai point parlé des *antispasmodiques* recommandés par Bayle, sans doute pour combattre le prétendu spasme du poumon, ni des *diurétiques* indiqués par le même auteur; car, si ces médicamens ont quelque effet comme adjuvans, ils n'ont jamais paru agir d'une manière notable sur la maladie.

Moyens directs. 1°. *Insufflations de substances pulvérulentes.* On a rarement eu recours aux insufflations dans les cas d'œdème de la glotte confirmé. Dans un cas observé par M. Legroux (*loc. cit.*, p. 94), l'*alun en poudre* fut plusieurs fois insufflé dans le larynx. Le malade succomba sans que ce moyen eût le moindre effet sur la maladie. On sera peu porté à le mettre en usage, si l'on réfléchit que ces insufflations sont irritantes, et peuvent augmenter, au moins momentanément, les accidens. Et ceci n'est point seulement une théorie; car, dans les cas où l'on ordonne les insufflations pour une laryngite ulcéreuse chronique, on voit, immédiatement après l'introduction du médicament dans le larynx, survenir une suffocation d'une durée variable. Il est fâ-

cheux que M. Legroux ne nous ait pas fait connaître les résultats immédiats de ces insufflations.

Il suit de ce qui précède que, dans l'état actuel de la science, on ne saurait recommander les insufflations de substances pulvérulentes. C'est à l'observation ultérieure à prononcer.

Incision; scarification; déchirure du bourrelet œdémateux. M. Lisfranc (*Mém. sur l'Ang. laryng. œd.*, *Journ. gén. de Méd.*, t. LXXXIII, 1823) eut le premier l'idée de faire sortir, à l'aide d'incisions plus ou moins nombreuses, le liquide séreux ou séro-purulent qui engorge le tissu sous-muqueux du larynx. Ce chirurgien cite cinq cas dans lesquels cette opération fut suivie d'un soulagement immédiat, et plus tard d'une guérison complète. Dans un sixième cas, plusieurs opérations semblables, pratiquées à des intervalles variables, n'agirent que comme palliatifs. Il existait des lésions profondes du larynx qui finirent par causer la mort du sujet. Voici comment M. Lisfranc pratique les scarifications :

SCARIFICATION DU BOURRELET OEDÉMATEUX, PAR M. LISFRANC.

Prenez un bistouri un peu courbe, à lame étroite, longue, fixée sur un manche, et garnie de linge jusqu'à 3 ou 4 millimètres de la pointe. Faites ouvrir largement la bouche au malade; maintenez les mâchoires écartées à l'aide d'un morceau de liége placé profondément entre les arcades dentaires, et dont une extremité sera soutenue par un aide. Le malade étant assis en face de vous et la tête fixée contre la poitrine de l'aide, portez l'index et le medius de la main gauche dans la bouche, jusque sur le bourrelet œdémateux. Glissez à plat sur ces deux doigts, le bistouri tenu par son manche comme une plume à écrire. Lorsque vous serez parvenu sur le larynx, dirigez le tranchant en avant et en haut, puis, après

avoir élevé le manche, abaissez-le peu à peu, en pressant légèrement sur la pointe. Ainsi, vous ne pouvez manquer d'ouvrir la tumeur.

Il faut d'abord faire peu de mouchetures; car, à l'aide de la pression, deux ou trois petites incisions suffisent. On les multiplierait facilement par le même procédé, si on le jugeait nécessaire.

Ces scarifications, dit M. Lisfranc, produisent l'écoulement de la matière infiltrée, et quelquefois un léger suitement sanguin qui opère un dégorgement salutaire. La toux provoquée par la chute de quelques gouttes de sérosité dans le larynx, contribue beaucoup à diminuer la tumeur.

Les résultats immédiats de ces scarifications peuvent être entravés par une inflammation plus ou moins intense qu'elles déterminent dans le larynx et les parties environnantes. En pareil cas, il faut avoir recours à la saignée générale et locale, qui font bientôt disparaître cette inflammation traumatique.

Avant de faire des réflexions sur l'opération proposée par M. Lisfranc, je vais exposer les modifications que M. Legroux y a apportées. Cet auteur nous apprend que le souvenir du fait suivant, rapporté par M. Marjolin dans ses cours, lui donna l'idée de tenter la déchirure de la membrane muqueuse. Dans un cas d'angine œdémateuse, M. Marjolin employa, pour déchirer la muqueuse boursoufflée, une longue racine de guimauve qu'il introduisit dans le pharynx et l'œsophage, et avec laquelle il exerça des mouvemens de haut en bas, et par suite des frottemens sur ces organes. Cette opération fut suivie d'un plein succès. Voici comment procède M. Legroux:

PROCÉDÉ DE M. LEGROUX.

« Je me taille, dit-il, l'extrémité libre de l'ongle de l'index, de manière à former des pointes aiguës; je déchire,

autant qu'il m'est possible de le faire, la muqueuse boursoufflée. Des mucosités s'écoulent en abondance après cette opération. » M. Legroux cite des cas où cette manœuvre a été suivie d'un soulagement presque immédiat.

Comment se fait-il qu'après les faits qui viennent d'être cités, les scarifications ou la déchirure du bourrelet œdémateux soient si peu recommandées? Il faut d'abord en chercher la raison dans la difficulté que l'on éprouve fréquemment à distinguer ce bourrelet lui-même. En outre, on est généralement arrêté par la persuasion où l'on est que ces scarifications ou déchirures ne peuvent faire écouler qu'une très-petite partie du liquide infiltré, alors même que le bourrelet est le plus accessible.

La première objection demande quelques mots d'explication. Sans doute on ne peut pas toujours reconnaître le bourrelet, puisque le gonflement, ainsi que l'a démontré M. Cruveilhier, peut exister à la partie inférieure du larynx; mais ce n'est pas une raison pour repousser ce moyen de traitement; il faut seulement reconnaître qu'il n'est applicable qu'à un certain nombre de cas. En un mot, on devra le tenter toutes les fois qu'on sentira distinctement le bourrelet œdémateux.

Quant à la seconde objection, elle paraît plus théorique que pratique. On s'est rappelé les expériences de Bayle, qui éprouvait de la difficulté à exprimer quelques gouttes de sérosité de ces bourrelets préalablement incisés, et l'on en a conclu que l'opération dont il s'agit devait produire très-peu d'effet. Mais les observations positives, citées par MM. Lisfranc et Legroux, doivent engager les pra-

ticiens à suivre leur exemple dans des circonstances semblables.

Reste maintenant la difficulté de cette opération. Il est certain qu'on parvient difficilement, dans certains cas, à porter l'instrument tranchant jusque sur l'ouverture laryngienne; cette considération fera préférer peut-être le procédé adopté par M. Legroux et qui avait déjà été indiqué par M. Lisfranc, lorsqu'il disait : « Peut-être des ongles longs et tranchans pourraient ouvrir la tumeur. » D'un autre côté, on peut craindre que ces déchirures, ces lacérations d'un tissu déjà malade, n'occasionnent une inflammation plus violente que les simples scarifications. Il y a donc, comme on le voit dans cette question de thérapeutique, comme dans tant d'autres, des problèmes très-difficiles à résoudre. L'observation exacte prononcera. J'ajoute seulement que les observations de M. Legroux ne sont pas aussi concluantes qu'elles le paraissent au premier abord, parce que de larges vésicatoires (moyen d'une activité incontestable) ont été mis en usage en même temps que la lacération du bourrelet.

Laryngo-trachéotomie. Depuis longtemps on a eu l'idée de recourir à cette opération dans la laryngite œdémateuse, et l'on ne peut douter que plusieurs des cas d'angine, pour lesquels, depuis les premiers temps de la médecine, on a conseillé la trachéotomie, ne fussent des laryngites œdémateuses. Mais ce n'est guère qu'à Desault (*OEuvres chir.*, t. II, p. 236, 1801) qu'il faut faire remonter l'application méthodique de cette opération aux cas dont il s'agit. Après lui, plusieurs chirurgiens en France ont eu recours au même moyen, avec des succès variés.

Dans ces derniers temps, MM Trousseau et Belloc ont pratiqué la trachéotomie dans des cas fort graves; et lorsqu'ils n'ont pas réussi à sauver les sujets, ils ont presque constamment prolongé leur existence. MM. Lawrence, Miller, Purdon et Bricheteau n'ont pas hésité à recourir à cette opération, et ce dernier a cité deux cas de guérison chez des sujets qui, sans aucun doute, auraient succombé si on n'avait point ouvert un libre accès à l'air. Il est inutile d'entrer dans le détail des faits pour démontrer que l'ouverture du larynx et de la trachée doit être pratiquée lorsque les autres moyens, et notamment les larges vésicatoires, le tartre stibié et les scarifications, n'ont pas réussi. L'imminence de la suffocation doit décider le médecin à opérer, car il n'y a pas d'autre chance de salut.

Doit-on avoir recours à la *simple trachéotomie*, telle qu'elle a été décrite à l'article *Laryngite pseudo-membraneuse*, ou bien faut-il pratiquer la *laryngo-trachéotomie*, comme quelques médecins l'ont fait? Je pense qu'on ne doit pas adopter une de ces méthodes à l'exclusion de l'autre, car elles peuvent être toutes les deux applicables; il faut seulement savoir distinguer les cas.

S'il s'agit d'une laryngite séro-purulente récente, précédée des symptômes d'une laryngite simple, la seule indication à remplir est d'ouvrir à l'air un passage artificiel. Pour cela, la trachéotomie suffit. Si, au contraire, on a affaire à une laryngite ulcéreuse chronique, qui s'est terminée par l'œdème de la glotte, on peut, en pratiquant la laryngo-trachéotomie, atteindre un double but : celui de rétablir le passage de l'air, et celui de pouvoir porter sur l'or-

gane malade des topiques actifs. Si on jugeait cette dernière opération nécessaire, voici comment on la pratiquerait :

LARYNGO-TRACHÉOTOMIE.

Tout étant disposé comme pour la trachéotomie (voyez p. 391), on fait partir l'incision cutanée du bord inférieur du cartilage thyroïde, et on la prolonge jusqu'à deux pouces au-dessous. On découvre l'espace crico-thyroïdien, la partie moyenne du cartilage cricoïde et les premiers anneaux de la trachée, souvent recouverts par l'isthme du corps thyroïde : on incise la membrane crico-thyroïdienne au-dessus et auprès du bord supérieur du cartilage, pour éviter l'artère qui la recouvre, et pénétrant ainsi dans le tube aérien, on incise de haut en bas les parties préalablement découvertes, en s'écartant le moins possible de la ligne médiane.

Telle est la manière dont on agit aujourd'hui. Boyer commençait l'incision du canal aérien par la trachée, puis il la prolongeait de bas en haut, jusqu'à ce qu'il eût coupé le cartilage cricoïde. Mais il n'est point important, comme dans la trachéotomie, d'ouvrir le tube aérien par en bas, car l'espace devenant plus grand, on ne risque pas, en agissant autrement, d'aller atteindre, en prolongeant l'incision, les gros vaisseaux situés au sommet de la poitrine.

Après l'opération, on se conduira comme il a été dit à l'occasion de la trachéotomie (voy. pag. 396). Si toutefois on veut porter sur le larynx lui-même des médicamens actifs, on attendra que les premiers accidens de l'opération soient passés; puis, à l'aide d'un pinceau de charpie monté sur un manche, ou mieux d'un morceau d'éponge fixé sur une baleine, on portera dans l'intérieur du larynx un des divers

caustiques indiqués à l'article *Laryngite simple chronique.* Il ne faut pas croire cependant qu'on puisse toujours parvenir facilement à atteindre le siége de la maladie : les lésions se trouvent souvent hors de la portée de nos instrumens.

Dans tous les cas, on ne devra pas négliger, après l'opération, les moyens propres à faire disparaître la laryngite séreuse ou séro-purulente; et quant à la cicatrisation de la plaie faite au canal aérien, on ne devra la favoriser qu'après plusieurs essais qui auront prouvé que le passage naturel de l'air est rétabli.

Il reste parfois après l'opération, et lorsque la cicatrice est parfaite, une ouverture permanente qui fait communiquer directement la trachée avec l'air extérieur : on peut remédier à cet inconvénient par la suture, après avoir ravivé les bords de l'ouverture, ou, si les tissus ne prêtaient point assez, en empruntant un lambeau aux parties voisines, ainsi que M. Velpeau l'a fait une fois avec un plein succès. Mais les malades sont si peu gênés par ce léger inconvénient, que quelques uns ne veulent pas, comme un sujet observé par M. Bricheteau, se soumettre à cette nouvelle opération. Ce n'est, au reste, là, qu'un léger inconvénient qui ne doit pas plus longtemps nous arrêter.

M. Casimir Broussais a cité un cas (*Annales de la Méd. physiol.* févr. 1829) dans lequel, après l'ouverture du canal aérien, on vit apparaître deux bourrelets œdémateux obstruant la partie inférieure du larynx : ces bourrelets furent excisés, et l'opération réussit complétement.

Résumé; ordonnances. Les détails dans lesquels je suis entré à propos du traitement me dispensent

de donner un grand nombre d'ordonnances. Je vais seulement présenter quelques prescriptions principales, applicables aux cas de laryngite œdémateuse très-aiguë et de laryngite œdémateuse survenant dans le cours de la laryngite ulcéreuse chronique.

PREMIÈRE ORDONNANCE.

Laryngite œdémateuse aiguë.

1°. Pour tisane, infusion de fleurs de sureau, édulcorée avec le sirop de guimauve.

2°. Une saignée du bras, de 500 grammes, répétée le soir, si le sujet est vigoureux. En même temps, 25 ou 30 sangsues sur les parties latérales du cou.

3°. Un large vésicatoire sur la partie antérieure du cou, depuis la partie supérieure du larynx jusqu'au sternum.

4°. ℞ Eau distillée de laitue	160	grammes.
Tartre stibié	0,10	grammes.
Sirop d'ipécacuanha	30	grammes.

Mêlez.

A prendre par cuillerées, de quart d'heure en quart d'heure. On peut mettre, si on le juge convenable, les 10 centigrammes de tartre stibié dans la tisane.

5°. Si l'on peut atteindre le bourrelet, on doit chercher à l'inciser avec la pointe du bistouri, ou à le déchirer avec l'ongle taillé en pointes aiguës

6°. Diète absolue.

Je n'ai pas besoin de dire qu'on pourra ajouter à cette ordonnance des purgatifs, des pédiluves et des manuluves sinapisés, etc., moyens que l'on ne doit regarder que comme des adjuvans. Il faut en dire autant des préparations opiacées, qui ne sont données que comme calmantes.

DEUXIÈME ORDONNANCE.

Laryngite séro-purulente survenue dans le cours d'une laryngite ulcéreuse chronique.

1°. Pour tisane, infusion de violettes sucrée.

2°. Saignées et sangsues, comme dans l'ordonnance précédente, si le malade a conservé ses forces; s'il est très-débilité par une longue maladie, s'en tenir à 15 ou 20 sangsues.

3°. Vésicatoire, *ut suprà.*

Ou bien :

Sinapismes fréquemment réitérés sur la région laryngienne et les parties latérales du cou.

4°. Frictions mercurielles avec 15, 20 ou 25 grammes d'onguent mercuriel sur le ventre, les cuisses et les bras, jusqu'à ce que la salivation paraisse.

5°. Vomitifs, scarifications, déchirure du bourrelet, *ut suprà.*

6°. Régime moins sévère que dans le cas précédent, à moins que les symptômes n'aient une acuité marquée.

Dans la laryngite aiguë comme dans la laryngite chronique, si les moyens indiqués dans ces ordonnances n'avaient point d'effet sensible, et si la suffocation était imminente, il ne faudrait pas hésiter à recourir à la *laryngotomie* ou à la *laryngo-trachéotomie*, suivant les cas.

Traitement prophylactique. On a vu que les sujets les plus exposés à la laryngite séreuse ou séro-purulente, sont ceux qui sont convalescens de maladies aiguës, et notamment des affections de poitrine et de la fièvre typhoïde, ceux qui contractent facilement des angines, et enfin ceux qui sont affectés de laryngite ulcéreuse chronique. Les premiers devront donc se soustraire avec soin au froid et à l'humidité; les derniers auront non-seulement à éviter les variations brusques de température, l'exposition à la pluie, aux brouillards, etc., mais encore à éloigner toutes les causes qui peuvent porter une irritation sur le larynx, et qui ont été indiquées à l'article *Laryngite ulcéreuse chronique.*

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1°. *Laryngite séro-purulente aiguë :* antiphlogistiques énergiques; révulsifs; vomitifs; scarification du bourrelet; trachéotomie.

2°. *Laryngite œdémateuse dans le cours de la laryngite ulcéreuse chronique :* antiphlogistiques moins énergiques; révulsifs; vésicatoires; sinapismes; frictions mercurielles; scarifications; déchirure du bourrelet; trachéotomie ou laryngo-trachéotomie.

ARTICLE VII.

POLYPES, VÉGÉTATIONS, CANCER DU LARYNX; HYDATIDES, CALCULS; TUMEURS DE NATURE INDÉTERMINÉE.

Les diverses lésions dont je vais dire un mot dans cet article sont rares; elles sont le plus souvent au-dessus des ressources de l'art, et elles n'ont une importance réelle que relativement au diagnostic. Il est donc évident qu'elles intéressent infiniment moins le praticien que les autres affections du larynx, et c'est ce qui m'a engagé à les renfermer toutes dans une description peu étendue. Néanmoins, comme elles pourraient embarrasser le médecin, si elles venaient à se présenter à son observation, j'insisterai sur quelques particularités d'un intérêt pratique.

§ Ier. — Polypes, végétations.

Nous ne possédons pas de bonnes observations de polypes et de végétations développés dans le larynx : on en trouve cependant un certain nombre de cas sommairement indiqués dans les auteurs.

Polypes. Desault (*OEuv. chir.*, t. II, p. 254) avait

vu trois cas de polypes du larynx et de la trachée-artère. Lieutaud (*Historia Medica, sistens numerosissima cadav. hum. extispicia*, etc.; tom. secund., lib. IV, obs. 63 et 64, p. 297; Paris, 1767) en cite plusieurs exemples. MM. Trousseau et Belloc en ont recueilli un cas, et MM. Senn et Romain Gérardin en ont fourni chacun une observation.

Il serait inutile de rechercher *les causes* de ces excroissances que leur forme et leur implantation par un pédicule étroit empêchent de regarder comme des végétations syphilitiques. On peut dire néanmoins d'une manière générale que ces polypes se manifestent particulièrement chez l'adulte. On n'en connaît en effet qu'un seul cas, observé par Lieutaud (*Hist. anat. med.*, lib. IV, obs. LXIV) chez un enfant de douze ans.

Les *symptômes* communs à ces corps étrangers formés dans les voies aériennes, sont une *suffocation* qui va sans cesse croissant. Toutefois, suivant Desault, la respiration serait libre dans certains momens et gênée dans d'autres, ce qu'il explique par les déplacemens de la tumeur, qui tantôt se place entre les lèvres de la glotte, et tantôt laisse cette ouverture libre. Dans les observations que je viens de citer, cette intermittence n'a pas été aussi considérable que le prétend Desault. La *voix*, d'abord rauque, se perd au bout d'un temps très-variable (de quelques mois à cinq ou six ans); l'*expectoration* ne présente rien de particulier; il n'y a point de *douleur locale* ni de *douleur à la pression*. Le malade éprouve un sentiment de *gêne*, et il a la sensation d'un corps étranger enfermé dans le larynx. Dans les derniers temps de l'existence, la *dyspnée* est

extrême; l'inspiration sifflante se fait avec de grands efforts; le *murmure respiratoire* n'est point entendu dans la poitrine, et les malades meurent avec tous les signes de l'asphyxie par privation d'air. Dans un cas, on a vu, par momens, survenir un léger *mouvement fébrile*, mais c'est là un simple accident et non un symptôme propre à la maladie.

La *marche* de cette affection est lente, et sa *durée* indéterminée.

A l'*autopsie*, on trouve une tumeur ordinairement pyriforme, et fixée par un pédicule mince à un des ventricules du larynx. Dans tous les cas que j'ai rassemblés, c'était là qu'avait lieu l'implantation. La tumeur, tantôt lisse, tantôt présentant des aspérités, comme dans le cas cité par M. Gérardin (Acad. de Méd., séance du 27 septembre 1836), ne dépasse pas ordinairement la grosseur d'une aveline. Elle est, à son intérieur, blanche, fibreuse et résistante.

Nous n'avons rien de positif sur le *traitement* de cette maladie, si ce n'est que la *trachéotomie* ou la *laryngo-trachéotomie* doivent être pratiquées lorsque la suffocation devient trop considérable, et qu'après l'opération on doit tâcher de saisir et d'extirper la petite tumeur, ainsi que le recommandait Desault.

Végétations syphilitiques. Les symptômes causés par les végétations syphilitiques ne diffèrent guère, si toutefois on peut en juger par un très-petit nombre de faits et quelques mots empruntés aux auteurs, de ceux qui viennent d'être décrits. Néanmoins on peut penser que ces tumeurs, ayant une base large et étant moins mobiles, ne produisent pas une suffocation intermittente, comme cela a lieu dans les cas précédens.

Plusieurs pièces d'anatomie pathologique, appartenant à des cas de ce genre, ont été décrites dans divers ouvrages. M. Andral (*Anat. pat.*, t. II, p. 472) cite un cas dans lequel il a vu l'ouverture supérieure du larynx en grande partie obstruée par une végétation blanchâtre mamelonnée, ayant la plus exacte ressemblance avec une tête de choufleur, et se continuant intimement, par sa base, avec la membrane muqueuse. M. Ferrus (*Arch. gén. de Med.*, 1re sér., t. V, p. 559) a rapporté une observation dans laquelle la description des symptômes est jointe à la description anatomique. Je ne crois pas pouvoir mieux faire, dans un sujet si peu étudié, que de présenter cette observation qui nous offre d'assez nombreux détails. Le lecteur y trouvera un exemple dont le souvenir pourra lui être utile.

OBSERVATION.

Marie-Anne T***, âgée de quarante ans, fut admise à l'hôpital de la Salpétrière, en juin 1820, comme atteinte d'une mélancolie suicide (elle avait tenté de se couper la gorge); mais, durant un long séjour dans cette maison, elle n'offrit pas le moindre indice d'aliénation mentale. Cette fille, ainsi que l'ont appris quelques observations ultérieures, avait toujours eu des désirs vénériens très-vifs, et qui devinrent plusieurs fois la source de violens chagrins. Il paraît que c'est dans une de ces conditions qu'elle attenta à sa vie. Peut-être alors sa raison était-elle aussi altérée par des excès de boissons alcooliques, pour lesquelles elle avait encore un penchant presque irrésistible.

La constitution assez robuste de Marie-Anne T*** et sa bonne volonté la firent bientôt employer dans le service de la division des aliénés. Cependant, dès le premier jour de son entrée à la Salpétrière, on avait remarqué que son timbre vocal était faible et peu clair, ce que ses compagnes indi-

quèrent ensuite en disant qu'elle avait une extinction de voix. Depuis dix-huit mois, ce symptôme augmenta peu à peu, mais d'une manière continue, et il en survint d'autres toujours tirés des fonctions respiratoires. L'inspiration était haute et difficile, la face habituellement injectée, les yeux brillans et largement ouverts; en un mot, il semblait, à quelque heure qu'on la vìt, que cette malade éprouvait ou venait d'éprouver un accès d'asthme. Il y a environ un mois que des douleurs à la gorge, vers l'ouverture supérieure du larynx, se firent sentir pour la première fois : avant ce temps, la respiration était gênée, et dès lors elle fut pénible; une congestion cérébrale devint même imminente. M. Esquirol chercha à combattre ces accidens par les saignées générales et locales; mais il semblait que le soulagement obtenu par l'emploi de ces moyens préparaît un surcroît dans l'intensité de la maladie; elle offrit alors, s'il est permis de le dire, des espèces de paroxysmes.

Marie-Anne T*** était depuis quelques jours dans ce fâcheux état, lorsque l'absence de mon collègue, M. Esquirol, me fit prendre le service de la division à laquelle elle était attachée. L'intensité des symptômes toujours croissante commandait une détermination prompte, et cependant nul signe spécial ne montrait celle qu'il fallait choisir. Il était facile de comprendre que tous les phénomènes morbides étaient dans la difficulté de la respiration; qu'il y avait un obstacle à l'entrée de l'air dans les poumons; mais comment reconnaître la nature et le siége de cet obstacle?

Ici l'auteur, se fondant sur l'absence de la fièvre et des signes d'inflammation dans le larynx; sur l'intensité de la suffocation; sur la marche de la maladie; sur l'absence de toute tumeur apparente, et sur la persistance avec laquelle la malade rapportait tous ses symptômes au larynx, éloigne l'idée d'une laryngite chronique ulcéreuse ou non, d'un croup et d'une tumeur comprimant la trachée vers

le cou ou au sommet de la poitrine. Il finit par s'arrêter à l'idée de l'existence d'un œdème de la glotte; puis il continue de la manière suivante:

C'est ainsi, à demi arrêtés, car aucun signe certain ne pouvait faire présumer une tumeur dans le larynx, que l'urgence des secours nous résolut à employer la trachéotomie. Nous pensions être forcés de pratiquer cette opération dans la matinée du 2 août; mais une amélioration légère nous fit remettre à une prochaine exacerbation l'emploi d'un moyen si grave.

Comme nous l'avions prévu, le nouvel accroît d'intensité dans les symptômes d'asphyxie se présenta le lendemain. Le chirurgien en chef ayant alors terminé sa visite, l'élève interne, M. Foville, porta sur-le champ à la malade les soins les plus empressés. L'ouverture du larynx devenant indispensable, ce jeune médecin, plein de zèle et d'instruction, se disposa de suite à la pratiquer. La malade était assise sur son lit, la tête penchée en avant. Il fallait, pour opérer, qu'elle fût inclinée dans le sens contraire pour faire saillir le larynx et tendre la peau; mais à peine eut-on commencé, avec les plus grandes précautions, à imprimer ce mouvement à la tête, que la respiration s'interrompit pour ne se rétablir jamais. Cependant, par une grande présence d'esprit, M. Foville pratiqua aussitôt, et suivant les principes de l'art, la trachéotomie. Une canule fut introduite dans la trachee artère, et on essaya, par tous les moyens connus, de réveiller l'action du cœur et des poumons. Ce fut infructueusement.

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort. — *Habitude extérieure du corps.* — L'embonpoint est médiocre; la coloration de la peau ne présente rien de remarquable, si ce n'est à la face, où elle est restée plus foncée, comme elle l'était dans les derniers instans de la vie. La cavité du crâne ne nous offrit rien à signaler que l'injection sanguine du cerveau et l'extrême volume du cervelet; cet organe était fort large, épais et pareillement injecté.

Les organes contenus dans l'abdomen sont parfaitement sains.

A l'ouverture de la poitrine, les poumons ne cèdent que fort peu à la pression de l'air; cependant ils paraissent sains dans toute leur étendue; il faut en excepter néanmoins le sommet du côté droit, qui était adhérent à la face externe de la première côte; cette portion paraissait aussi froncée et retirée sur elle-même, et comme revêtue d'une enveloppe fibreuse. Son incision fit découvrir une masse tuberculeuse d'un petit volume, mais déjà ramollie.

La trachée-artère et le larynx furent enlevés pour être examinés avec plus de soin et de facilité. Ayant été ouvert sur sa paroi postérieure dans toute son étendue, le premier objet qui frappa la vue fut l'occlusion de la glotte par une tumeur de la grosseur d'une forte amande. Cette tumeur adhère, en effet, par une base assez large, aux deux replis fibro-membraneux qui forment le ventricule laryngé gauche, et à l'angle rentrant du cartilage thyroïde. Sa surface est irrégulière, mamelonnée, et sa consistance est celle des tumeurs fongueuses. Sa couleur est la même que celle de la membrane muqueuse qui tapisse le reste du larynx. Une autre tumeur de même nature, mais d'un fort petit volume, celui d'un grain de millet, par exemple, était située du côté opposé du larynx; seulement elle était implantée un peu plus haut que la tumeur principale.

L'aspect de ces tumeurs nous fit soupçonner sur-le-champ l'existence d'une affection syphilitique, opinion que les goûts de Marie-Anne fortifiaient encore, et que l'examen des parties génitales confirma entièrement. L'orifice du vagin et les petites lèvres nous offrirent plusieurs végétations vénériennes, et quelques traces d'un suintement purulent. Cette circonstance fit naître en nous plusieurs réflexions. Si la malade avait déclaré de bonne heure l'existence de la maladie vénérienne, et qu'un traitement convenable eût été employé, peut-on présumer que les mercuriaux eussent détruit la production morbide du larynx, ou du moins arrêté ses progrès? On se rappelle que Corvisart avait la même opinion sur la nature des végétations qu'on rencontre fréquemment

sur les valvules auriculo-ventriculaires et sigmoïdes, et qu'il eût voulu qu'on tentât de les détruire par un traitement antisyphilitique. Une autre question se présente : si la laryngotomie eût été pratiquée de bonne heure, et qu'elle eût fait reconnaître l'existence de cette tumeur, aurait-il été possible, aurait-il été prudent de chercher à en faire l'extirpation ?

Les détails de cette intéressante observation prouvent combien, dans les cas de suffocation, on doit être attentif à rechercher la cause première de la maladie; car, chez cette malade, un traitement antisyphilitique aurait pu avoir un grand succès dans les premiers temps de l'affection. Quant à la question de l'extirpation de la tumeur, après la trachéotomie, elle n'est pas très-difficile à résoudre, car le médecin doit agir suivant l'état des parties et la facilité qu'il a à atteindre le corps étranger. S'il peut le saisir, il doit, même quand il ne présente pas de pédicule, l'extirper aussi complétement que possible. La cautérisation et le traitement mercuriel achèveraient la cure.

M. Rayer, dans son *Traité des Maladies de la peau* (Atlas, pl. XV, fig. 21), a représenté une tumeur de même nature, mais beaucoup plus considérable, car elle occupait toute la partie gauche du larynx.

Ces végétations sont-elles réellement dues au virus syphilitique? On ne peut point en douter pour le cas cité par M. Ferrus; quant à ceux qui sont rapportés par MM. Rayer et Andral, tout porte à croire qu'il en était de même, car les caractères des tumeurs étaient absolument semblables.

La *marche* de cette affection a été lente dans les cas que nous connaissons. Quant au *traitement*, nous

n'en pouvons rien dire de positif, puisque la nature syphilitique du mal n'a point été reconnue pendant la vie.

§ II. — Cancer du larynx.

Cette affection est heureusement très-rare; la science n'en possède que des exemples fort peu nombreux. Je me bornerai à indiquer les symptômes les plus remarquables indiqués dans les observations citées par M. Louis (*Recherches sur l'Emphys. pulm.* obs. 1[re]; *Mém. de la Soc. méd. d'Obs.*, t. I, p. 169; Paris, 1837) et par MM. Trousseau et Belloc.

La maladie *débutait* par un enrouement de plus en plus considérable et de très-longue durée; venaient ensuite l'*aphonie*, l'*oppression*, l'essoufflement, une grande *gêne* dans le larynx, et enfin les signes d'une *asphyxie* imminente. Chez le sujet observé par M. Louis, il était difficile de distinguer tous les symptômes du cancer, à cause de l'existence simultanée d'un emphysème pulmonaire très-considérable. Cependant l'enrouement, puis l'aphonie permanente, l'amaigrissement, la teinte jaune terreuse de la peau, et, vers la fin de la maladie, le rejet des boissons par le nez, annoncèrent l'affection organique du larynx.

Dans trois cas cités par MM. Trousseau et Belloc, la *trachéotomie* fut pratiquée pour prévenir la suffocation; mais dans deux, on ne reconnut la véritable nature de la maladie qu'après un temps assez considérable, et par suite de l'apparition, au dehors, de tumeurs ulcérées, saignantes, évidemment cancéreuses. Cela prouve combien le *diagnostic* est

difficile dans les premiers temps de la maladie.

Chez un sujet, des débris de cartilages furent expulsés par la bouche. L'expectoration, chez le malade dont M. Louis nous a donné l'histoire, n'offrit rien de remarquable. Elle consistait en quelques crachats grisâtres, demi-transparens, ou verdâtres et opaques. Elle ne varia que par son abondance. Mais ce qu'il importe de noter, c'est qu'il semblait à ce malade que les crachats se détachaient du cou, vers la partie supérieure du sternum. Cette sensation, quoique se produisant dans un point inférieur au larynx, aurait-elle quelque liaison avec la maladie de cet organe? Du reste, il n'est pas question, dans les observations de MM. Trousseau et Belloc, de douleurs *lancinantes ou autres;* et, dans le cas rapporté par M. Louis, il n'existait ni douleur de gorge, ni *dysphagie*. Le rejet des boissons par le nez, dont j'ai parlé, n'eut lieu que deux fois.

La mort survint toujours lentement; elle fut causée, dans deux cas, par les progrès du cancer qui, se portant vers l'œsophage, finit par mettre un obstacle invincible à la déglutition. Dans un autre, une phthisie aiguë emporta le malade.

Les tumeurs trouvées à l'*autopsie* sont irrégulières, dures, souvent ulcérées, comme dans un des cas cités par Morgagni (epist. XXVIII, 10). La description si exacte et si intéressante que M. Louis (*loc. cit.*, p. 173) nous a donnée de la tumeur cancéreuse qui existait chez son malade, est le meilleur exemple que je puisse présenter au lecteur.

« L'épiglotte était un peu déjetée à gauche, d'ailleurs saine. Immédiatement au-dessous d'elle se trouvait une matière blanche, dure, ferme, difficile

à inciser, criant sous le scalpel, brillante, sans structure distincte, se prolongeant à droite et en arrière entre les cartilages thyroïde et cricoïde, ne dépassant pas supérieurement le niveau du thyroïde, et que très-peu en arrière le cartilage arythénoïde du côté droit, lequel était transformé en une matière semblable à celle qui vient d'être décrite, sans être confondu avec elle, entièrement du moins. La masse cancéreuse dont il s'agit repoussait un peu l'épiglotte à gauche, avait trois quarts de pouce d'épaisseur en arrière, un peu moins en avant, et par conséquent la forme d'un coin, dont la grosse extrémité se trouvait dirigée vers la colonne vertébrale. Ramollie, de consistance crémeuse à l'intérieur, elle rétrécissait beaucoup la cavité du larynx à droite, où les cordes vocales étaient détruites; et ce rétrécissement était encore augmenté par le développement d'une autre masse cancéreuse, semblable à la première, beaucoup moins volumineuse seulement, et placée sous la corde vocale inférieure gauche, laquelle était déjetée en dedans; cette corde vocale et la supérieure correspondante étaient sans ulcération. D'ailleurs le cartilage thyroïde était sain, le cricoïde ossifié dans toute son étendue, et le muscle arythénoïdien finissait insensiblement, à droite, à la masse cancéreuse qui le remplaçait. La membrane muqueuse de la trachée-artère était pâle, d'une épaisseur et d'une consistance normales dans toute son étendue. »

La *marche* de cette maladie a toujours été lente, et sa durée n'a point encore été déterminée. Quant au *traitement*, il ne peut être que palliatif. Quand la suffocation est très-considérable, la *trachéotomie*

offre une précieuse ressource pour prolonger notablement les jours du malade.

§ III. — Hydatides, calculs.

On a cité des cas d'hydatides et de calculs développés dans le larynx. Regardant ces cas rares comme fort peu importans pour le praticien, je me bornerai à dire qu'on en trouve des exemples dans la thèse de M. Pravaz (Thèse, Paris, 1824; *de la Phthisie laryngée*) et dans l'ouvrage de MM. Trousseau et Belloc, qui les lui ont empruntés.

Un mot seulement sur les *calculs* du larynx. Etaient-ce bien là de véritables calculs? L'analyse n'en ayant pas été faite, on peut en douter, d'autant plus que ces corps étrangers étaient rugueux et altérés à leur surface. Ne pourrait-on pas plutôt rapprocher ces faits du cas cité par Hunter, et dans lequel une portion de cartilage fut rendue, et mit fin aux symptômes les plus graves? (Voyez Frank, *Prax. med.*, t. VI, p. 199.)

§ IV. — Tumeurs de nature indéterminée.

Enfin on a mentionné des tumeurs qui n'ont point été décrites avec assez de détails pour qu'on puisse indiquer leur nature, et qui, développées soit dans le larynx, soit dans les environs, ont obstrué le canal aérien et déterminé la mort par asphyxie.

§ V. — Considérations générales.

On peut reconnaître à toutes les tumeurs qui viennent d'être indiquées des symptômes communs : ce sont l'*enrouement* de longue durée, l'*aphonie* et

la *suffocation* qui finit par être portée au point de déterminer l'asphyxie.

Mais ont-elles des signes particuliers propres à fixer le *diagnostic?* Nous avons vu que, suivant Desault, une intermittence marquée servirait à distinguer les *polypes pédiculés* des autres tumeurs; mais ce signe diagnostique a besoin d'être vérifié.

La *nature syphilitique* des végétations ne peut être reconnue que par les commémoratifs et par la présence de traces syphilitiques sur d'autres parties du corps.

Quant au *cancer,* les douleurs ne pourront ordinairement pas servir à le faire distinguer, puisqu'on les a vues complétement manquer. L'apparition d'une tumeur bosselée sur les côtés du larynx, la désorganisation toujours croissante de cet organe, le rejet de matières sanieuses, l'extension de la maladie vers le pharynx, et par suite la gêne de la déglutition, devront fixer l'attention du médecin dans un diagnostic si difficile.

Pour les *autres tumeurs*, les faits ne nous permettent pas de rechercher si le diagnostic en est possible : on sait qu'il y a un obstacle à la respiration, que cet obstacle est dû à une occlusion plus ou moins complète de la glotte, mais rien de plus.

Si maintenant nous recherchons à quels signes on peut distinguer ces tumeurs des autres maladies du larynx, nous voyons :

1° Que leur marche lente les distingue suffisamment de la laryngite aiguë, de la laryngite striduleuse et de la laryngite pseudo-membraneuse;

2° Que la suffocation toujours croissante ne per-

met pas de les confondre avec la laryngite chronique simple;

3o Que les progrès lents de la suffocation ne ressemblent pas aux accès toujours plus ou moins violens de la laryngite séro-purulente, affection qui toutefois peut venir se joindre à ces tumeurs elles-mêmes, comme MM. Trousseau et Belloc en ont cité des exemples;

4° Enfin, que l'absence ou la diminution notable du murmure respiratoire, dans toute l'étendue de la poitrine, font distinguer ces tumeurs du larynx de toutes les affections qui laissent un libre passage à l'air.

§ VI. — Traitement.

Si nous n'avons pas, pour nous guider dans le traitement, l'étude d'un nombre de faits suffisans, du moins nous pouvons trouver dans les détails de ceux qui ont été indiqués plus haut quelques indications qu'il n'est pas inutile de mentionner.

Si par les antécédens du malade, ou par l'existence de traces syphilitiques sur d'autres parties du corps, on parvient à constater ou seulement à soupçonner fortement l'existence de *végétations vénériennes*, on ne doit pas hésiter à employer un traitement antisyphilitique énergique.

S'il s'agit d'un *cancer* révélé par quelqu'un des signes indiqués plus haut, un emplâtre de ciguë, l'usage de cette substance à l'intérieur, l'eau de Vichy, en un mot tous les moyens généralement conseillés contre le cancer, seront mis en usage.

Enfin un précepte qui s'applique à toutes ces affections sans exception, c'est celui de pratiquer la *trachéotomie* ou la *laryngo-trachéotomie*, dès que la

suffocation devient très-considérable. Après cette opération, on doit reprendre le traitement de la maladie. Dans le cas où un *polype* pourrait être atteint, on en ferait l'extirpation.

ARTICLE VIII.

APHONIE.

L'aphonie peut survenir sans qu'on puisse lui assigner pour cause une lésion déterminée du larynx : les exemples que je citerai dans le courant de cet article ne laissent aucun doute à cet égard. Ainsi l'extinction de la voix, qui, dans les maladies précédentes, n'était qu'un simple symptôme, constitue parfois à lui seul toute l'affection. Les médecins peuvent être appelés à traiter des cas de ce genre, qui présentent souvent de notables difficultés de diagnostic et une résistance fort grande aux remèdes les plus actifs. Tout me fait donc un devoir de donner avec quelques détails l'histoire de l'aphonie; mais, avant d'entrer en matière, je dois établir d'une manière bien précise ce que j'entends par ce mot qui a servi à désigner un si grand nombre d'états morbides fort différens.

Anciennement, sous le nom d'*aphonie*, on désignait tous les cas dans lesquels la voix était plus ou moins altérée ou entièrement perdue. Aussi, quand on parcourt les nombreuses observations qui portent ce titre, on trouve des aphonies dues à toutes les lésions du larynx précédemment indiquées, et de plus une aphonie suite de la petite vérole, d'une apoplexie qui a déterminé la paralysie de la langue, d'une congestion cérébrale, etc. On a en outre cité

des faits nombreux sous les titres d'*aphonie des ivrognes*. Un cas d'*aphonie congénitale* est rapporté par Schrœckius (*Miscel. nat. cur.*, an IX, dec. III), qui attribue l'affection au désir non satisfait de la mère de manger d'un certain poisson : ce qui faisait, dit l'auteur, que l'enfant était muet comme le poisson. Enfin on trouve dans le recueil que je viens de citer un exemple d'aphonie par amour qui rentre dans l'*aphonia melancholica* de Sauvages. Il suffit d'avoir indiqué ces diverses espèces, pour faire sentir combien une classification basée sur de tels faits serait vicieuse. Nous y trouvons, en effet, une aphonie symptomatique des lésions du larynx ou d'autres organes : du cerveau, par exemple; puis la difficulté de la parole observée dans le *delirium tremens;* puis encore une prétendue aphonie due à ce que l'on appelle une *envie* de grossesse, et qui est un véritable mutisme; enfin une aphonie qui n'est probablement autre chose qu'un refus de parler de la part d'un individu affecté de folie. Il est évident que, dans tous ces cas, la perte de la voix n'était qu'un phénomène souvent peu important.

C'est néanmoins d'après ces faits qu'ont été conçues les diverses classifications de cette maladie. Sauvages admettait les espèces suivantes : *Aphonie mélancholique ; A. par antipathie ; A. des ivrognes ; A. catarrhale*, *anévrysmatique*, *traumatique*, *hystérique*, *paralytique* et *pulmonique* (*Nos. meth.*, class. VI, *debilitat.* ord. III. *dyscinesiæ*). J. Frank (*Malad. du Larynx*) a établi une classification un peu différente; ainsi il traite séparément des aphonies symptomatique, primitive, traumatique, inflammatoire, catarrhale et arthritique, gastrique,

spasmodique, métastatique, consensuelle. J'ai cité toutes ces divisions pour montrer toute la confusion qui existe dans l'histoire de cette maladie. On peut la comparer à celle qui régnait dans la pathologie de la phthisie pulmonaire, avant que les recherches récentes ne l'aient simplifiée, en rendant à chaque ordre de lésion ce qu'on lui avait emprunté, pour en faire un état morbide des plus complexes. Il est important, je pense, d'agir de même pour l'aphonie, et de distinguer avec soin celle qui constitue une maladie particulière, de celle qui n'est qu'un symptôme d'affections très-différentes; c'est le seul moyen de mettre un peu de clarté dans l'étude des faits, et d'apporter dans la pratique moins de doute et d'hésitation.

D'après ces motifs, je ne traiterai sous le nom d'aphonie que de la perte plus ou moins complète du timbre de la voix, qu'on ne peut rapporter à aucune lésion organique appréciable.

Sous ce titre d'*aphonie*, la plupart des auteurs ont encore décrit un état accidentel de mutisme, auquel quelques uns ont donné le nom particulier d'*alalie*. Mais en examinant attentivement les observations, j'ai vu que ce mutisme était plutôt un symptôme d'un état nerveux général, que le résultat d'un état particulier du larynx. Ce n'est en effet qu'à la suite d'une attaque d'hystérie ou de tout autre accident nerveux qu'il se déclare, et l'on ne peut évidemment pas plus faire de ce symptôme une maladie particulière, que de la paralysie d'un ou de plusieurs membres qui survient dans les mêmes circonstances et disparaît de la même manière. C'est donc au chapitre consacré à l'histoire des névroses

proprement dites qu'il faut renvoyer l'étude du mutisme accidentel.

Quant aux autres aphonies admises par les auteurs et citées plus haut, je n'en rappellerai quelques-unes que pour les distinguer de celle qui fait le sujet de cet article.

§ Ier. — Définition ; synonymie ; fréquence.

L'aphonie, telle que je la conçois, doit, ainsi qu'on vient de le voir, être *définie :* l'abolition plus ou moins complète de la voix, avec conservation de la parole, et sans lésion organique à laquelle on puisse la rapporter.

Cette maladie a été désignée presque généralement par le nom que je lui conserve; mais elle est connue aussi sous les noms de *perte de la voix*, *extinction de voix*, *dysphonie*, etc. etc.

Considérée sous le point de vue que j'ai choisi, cette affection *n'est point fréquente;* pour en recueillir un certain nombre de cas, il faut chercher parmi un nombre infini d'observations relatives à l'aphonie symptomatique. La description qui va suivre se ressentira sans doute de cette pénurie de faits, mais elle aura toujours une certaine valeur, car j'ai réuni un plus grand nombre d'observations qu'on ne l'avait fait jusqu'à présent.

§ II. — Causes.

1°. *Causes prédisposantes.*

Nous ne possédons rien de précis sur les causes prédisposantes de l'aphonie. Ce que l'on peut dire de plus positif, c'est que les sujets atteints de névroses y sont plus exposés que les autres. On a dit que c'était chez les femmes hystériques qu'on la

voyait survenir dans son plus haut degré; cela est vrai, et j'en ai vu tout récemment un exemple fort remarquable; toutefois il faut remarquer que les auteurs qui ont avancé cette proposition ont eu en vue le mutisme accidentel plus encore que la simple aphonie.

Selon M. Brodie (voy. *Gaz. Méd.*, t. V, 1837, p. 181), les hommes qui mènent une vie sédentaire et qui sont forcés de parler en public à haute voix, les ecclésiastiques en particulier, sont sujets à l'aphonie hystérique; mais on peut appliquer à plusieurs des cas observés par cet auteur la réflexion précédente.

2°. *Causes occasionnelles.*

Les causes occasionnelles sont extrêmement variables; toutefois on doit reconnaître que celles qui sont de nature à produire une vive impression sur le sujet sont les plus fréquentes. On a cité comme cause occasionnelle la *suppression*, l'*approche des menstrues* et les *couches* (Fred. Hoffmann); une *attaque d'hystérie;* la présence des *vers* dans le canal intestinal (Car. Schroeterius, *Miscel. nat. cur.*, an IV, dec. III. et Buchner, *Act. nat. cur.*, vol. II, p. 145); une *affection des organes génitaux.* A l'occasion de cette dernière cause, on doit conserver quelques doutes lorsque l'affection est de nature syphilitique, parce qu'alors on peut penser que l'extinction de voix est due à une laryngite chronique de la même nature.

Dès longtemps l'attention des médecins a été fixée sur l'*état des nerfs récurrens* dans cette maladie. Galien avait déjà signalé les effets de la lésion traumatique de ces nerfs, et c'est appuyés sur ses observations, que plusieurs auteurs, et entre autres Behrens (*Miscel. nat. cur.*, an III, dec. III) ont, dans

la suite, attribué l'aphonie à un état morbide de ces nerfs, alors même qu'aucune lésion traumatique ne les avait atteints.

Il n'est pas extrêmement rare de voir survenir l'aphonie sous l'influence de l'*intoxication saturnine*. Les circonstances dans lesquelles la maladie se produit alors, et l'existence de symptômes paralytiques dans d'autres parties du corps, ne laissent aucun doute sur la nature de la maladie, qu'on doit rapporter à la paralysie des muscles intrinsèques du larynx. D'après M. Tanquerel des Planches (*Traité des Mal. de plomb.*, tom. II), Baglivi, Citois, de Haen, Bonté, Desbois de Rochefort, etc., ne traitent de cette aphonie que d'une manière générale. Quant à cet auteur lui-même, il en rapporte deux observations dont je parlerai plus loin. Avant lui, Portal (*Cours d'Anat. méd.*, vol. IV, p. 361) avait donné l'indication de deux cas semblables.

L'aphonie peut-elle se montrer sous forme *épidémique?* Medicus, cité par Zacutus Lusitanus, prétend avoir observé une épidémie de ce genre; mais les détails nous manquent pour juger si l'aphonie était essentielle, ou, ce qui est plus probable, s'il s'agissait d'une laryngite avec extinction de la voix.

Les cas rapportés par Alardus Mauricius Eggerdes (*Miscel. nat. cur.*, dec. III, an IV, 1698) ne doivent pas nous occuper ici; car la maladie consistait en un véritable mutisme qui prit un caractère épidémique, et qui se manifesta chez des militaires parfaitement bien portans.

Il est encore d'autres causes qui ont été admises par les auteurs, mais qu'il est inutile d'énumérer ici, car leur existence n'est nullement démontrée.

§ III. — Symptômes.

Les auteurs ont été excessivement sobres de détails sur les symptômes; de telle sorte que très-souvent il est impossible de savoir s'il existait une simple aphonie ou un véritable mutisme: or, comme la plupart n'ont fait aucune distinction entre ces deux états, il s'ensuit que cette négligence laisse beaucoup de questions fort indécises.

Début. Le *début* de l'aphonie peut être brusque ou graduel : dans ce dernier cas, comme on en trouve un exemple dans une observation citée par M. Ollivier d'Angers (*Arch. gén.*, 1re série, t. XX, p. 237), on voit parfois apparaître d'abord une légère irritation de la gorge qui disparaît entièrement lorsque l'aphonie est devenue complète. Dans d'autre cas, au contraire, le début est si brusque, et les accidens qui l'accompagnent si complétement nuls, que les malades peuvent rester longtemps sans s'apercevoir de leur état, et n'en être avertis qu'au moment où ils veulent parler. C'est ce qui arrivait à la malade dont M. Rennes de Strasbourg nous a laissé l'histoire. (*Archiv. gén. de Méd.*, 2e série, t. XX, p. 231.)

Symptômes. De quelque manière que le début ait eu lieu, lorsque l'*aphonie* existe, les malades ne peuvent parler qu'à *voix basse*, et souvent en faisant de *grands efforts* pour se faire entendre; mais c'est là le seul symptôme de la maladie, car, du reste, il n'existe ni douleur du larynx, ni toux, ni dyspnée. Lorsque ces derniers symptômes sont mentionnés, il est permis de croire que la maladie est due à une laryngite simple chronique,

comme on en voit des exemples dans les observations de Zacutus Lusitanus. (*Prax. med. admir.*, obs. cv); Th. Bonet (*Polyath.*, t. I, p. 1082); Scudamore (*Edimb. med. and. surg. Journ.*; jul. 1815, t. XI, p. 304), etc. etc.

Telle est l'aphonie proprement dite, qui consiste, comme on voit, dans l'abolition du timbre de la voix et la conservation de la parole; différence essentielle entre elle et le mutisme accidentel.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est capricieuse, comme celle de toutes les névroses. Ainsi l'on trouve des faits dans lesquels, après une longue durée, la maladie se termine tout à coup et sans cause appréciable. Dans d'autres circonstances, elle se reproduit à des intervalles variables, persiste chaque fois pendant un temps indéterminé, et enfin devient permanente ou disparaît pour ne plus revenir. J'ai vu un cas d'aphonie simple, où l'extinction de voix, survenue tout à coup, persiste avec la même intensité depuis longues années. Le sujet de cette observation est une domestique qui, pour rappeler ses règles supprimées, prit secrètement un éméto-cathartique qui lui avait été donné par un charlatan. Des évacuations excessives furent provoquées par le remède, et lorsqu'on vint au secours de cette femme, on la trouva presque inanimée. Dès ce moment, elle n'a pu parler qu'à voix basse, faisant des efforts considérables pour se faire entendre, n'éprouvant aucun symptôme du côté du larynx, autre que l'extinction de voix, et jouissant d'ailleurs d'une parfaite santé.

Il est bien rare que l'affection soit évidemment *intermittente.* On en trouve néanmoins quelques cas extrêmement curieux dans les auteurs. Celui qui a été rapporté par M. Rennes mérite d'être cité, tant à cause de la marche de la maladie, que des symptômes dont elle présente la description.

OBSERVATION [1].

Mme M***, brune, de taille moyenne, d'un médiocre embonpoint, âgée de quarante-six ans, mariée à vingt, habite constamment sa maison de campagne, située dans le Périgord, au milieu des bois, dans un lieu dont l'air est bon et généralement salutaire. Rien dans sa constitution physique, ou dans son caractère qui est extrêmement froid, ne peut faire soupçonner en elle la prédominance du système nerveux; une disposition contraire se fait plutôt remarquer. Un régime sobre, une vie tranquille, un exercice réglé l'ont maintenue dans un état de santé satisfaisant, et jamais elle n'a éprouvé de maladie grave. Elle n'a eu que deux enfans, dont le plus jeune est âgé de vingt et un ans; elle est encore parfaitement réglée.

Voici maintenant l'affection dont Mme M*** est atteinte régulièrement chaque année, depuis l'âge de trente-trois ans : plusieurs fois, avant que je l'eusse vue, j'avais eu l'occasion de m'en entretenir, soit avec son mari, soit avec ses parens; mais ayant dû l'observer moi-même dans ces derniers temps, je puis donner ici les renseignemens que j'ai recueillis de sa bouche, et exposer les phénomènes dont j'ai été témoin dans les différentes visites que j'ai été à même de faire à la malade, et comme ami et comme médecin. Le fait m'a paru trop curieux pour le laisser ignorer plus long-

[1] Dans cet article, je rapporte deux observations détaillées, ce que je n'ai point fait dans les autres. J'ai pensé que pour faire connaître une maladie dont les observations sont rares et les circonstances très-variables, le meilleur moyen était d'en présenter des exemples convenablement choisis.

temps; il n'est pas du nombre de ceux qui doivent rester perdus pour la science, et je m'empresse de le publier, en attendant que les fils de Mme M***, candidats en médecine et élèves très-distingués de l'École de Paris, puissent en faire le sujet d'une étude suivie et d'une observation plus attentive, qui, sans doute, mettra sur la voie de la cause inconnue de cette affection et des moyens de la guérir. Voici le fait :

Il y a dix-sept ans que, pour la première fois, la dame qui fait l'objet de cette observation éprouva, à l'heure de midi, sans cause connue, une extinction de voix subite, accompagnée de très-peu d'incommodités dans l'origine, sans fièvre, sans douleur locale, et qui cessa dans la nuit, pour se reproduire le jour suivant, exactement à la même heure. Au bout de trois semaines environ, l'extinction de voix disparut brusquement comme elle avait commencé, c'est-à-dire qu'ayant cessé pendant la nuit, de même que les jours précédens, elle manqua de reparaître à l'heure accoutumée, et ne se reproduisit pas les jours suivans. La même altération de la voix se montra de nouveau, à deux ou trois reprises, dans le cours de la même année (1812), et dura également de quinze à vingt jours. Il en fut à peu près de même dans les deux ou trois années qui suivirent; l'extinction de voix reparaissait tous les trois ou quatre mois, durait chaque fois un peu plus de temps, et se terminait toujours de la même manière. Ce n'est même qu'en 1819 que l'aphonie intermittente se régularisa, ainsi que je vais l'indiquer.

Tous les ans, dans le mois de février, tantôt au commencement, tantôt à la fin (le 3 de ce mois dans les deux dernières années), le retour de la maladie est annoncé dans la matinée par des frissons vagues, des bâillemens et des pandiculations; à midi très-précis, heure solaire (trois fois je l'ai vérifié), sans que Mme M*** ressente aucune douleur à la gorge, sans que le pouls éprouve aucune altération, le timbre de la voix change brusquement, la phrase commencée ne peut être achevée que très-bas, et si la malade veut continuer la conversation, elle ne réussit à se faire entendre qu'autant qu'elle s'efforce de grossir sa voix : pour peu qu'elle prolonge ses efforts, elle se fatigue, elle

souffre, et l'aphonie devient presque complète. Cependant aucune gêne ne se rapporte habituellement au larynx; l'obstacle semble venir de la région épigastrique vers laquelle la malade éprouve, pendant l'accès, un sentiment de constriction ou de malaise plus ou moins prononcé. Ce n'est que plus tard, et par la prolongation du mal, que l'état de Mme M*** devient réellement pénible. Dans les circonstances ordinaires, ni la chaleur, ni l'accélération du pouls, ni la céphalalgie, ni la soif, ni l'anorexie, ne semblent indiquer un état fébrile, et souvent, si midi sonne pendant le repas, Mme M*** continue de manger comme de coutume, et n'est avertie du changement qui vient de s'opérer en elle que lorsqu'elle commence à parler. L'extinction de voix se continue au même degré pendant toute la soirée, la malade se sent plus faible, l'anxiété épigastrique se prolonge, augmente quelquefois, mais ne s'élève que rarement jusqu'à la douleur. La nuit vient; Mme M***, dont les habitudes sont extrêmement régulières, se couche à neuf heures, et le lendemain se réveille complétement guérie. A midi, les mêmes phénomènes se répètent. Dès onze heures du matin, de légers frissons se manifestent, accompagnés de bâillemens et de pandiculations. En certaines circonstances, les frissons se prolongent ou se reproduisent d'une manière irrégulière pendant le cours de l'accès : d'autres fois, ce sont des bouffées de chaleur vers la face, de la céphalalgie, de l'accélération dans le pouls; mais ces phénomènes sont beaucoup plus rares. Les urines restent naturelles, et la sueur ne se prononce jamais : il faut observer qu'en aucun temps de sa vie Mme M*** n'a éprouvé de moiteur ou de transpiration sensible.

Par la répétition des accès, l'appétit diminue, l'embonpoint tombe, et les chairs deviennent moins colorées, de telle sorte que la malade, au bout de deux mois, se trouve tout à la fois plus faible, plus maigre et beaucoup plus pâle qu'au commencement de son incommodité; le moindre exercice pendant l'accès est suivi d'une grande fatigue, et l'extinction de voix devient plus complète par les efforts continus de Mme M*** pour se faire entendre; ce qui n'em-

pêche pas que toujours, le matin, la voix a repris son timbre ordinaire, les forces sont rétablies en partie, et l'exercice pris à cette époque de la journée diminue d'ordinaire l'accès qui doit suivre, sans que jamais il puisse complétement manquer.

Plusieurs médecins ont vu la malade dans cet état, et lui ont donné des conseils; moi-même, il y a trois ans, je l'engageai à faire usage du sulfate de quinine, qui jusque là n'avait pas été administré : elle en prit 8 grains chaque matin pendant cinq jours, sans en éprouver aucun effet. Antérieurement, Mme M*** avait été saignée, on lui avait fait prendre le quinquina sous diverses formes, le camphre et plusieurs autres médicamens dont elle a oublié les noms, mais dont aucun n'avait réussi à faire cesser les accès, même un seul jour : du reste, la durée de cette affection singulière varia de trois à sept mois; il y a quatre ans, elle se prolongea jusqu'au mois d'août; les deux dernières années, elle n'a duré que trois mois. Dès que la maladie a cessé, l'appétit se ranime, les digestions se font bien, les forces se relèvent, l'embonpoint reparaît avec la coloration de la face. Au bout de quinze jours, il ne semble point que Mme M*** ait été malade; ce qu'il est d'autant plus facile de concevoir, que dans cette affection de nature essentiellement nerveuse, aucun trouble grave, aucune altération notable ne se fait remarquer dans l'action des principaux organes. La chaleur fébrile, qui se manifeste parfois, et qui se présente ici comme le phénomène morbide le plus prononcé, a même cela de particulier, qu'elle est souvent entre-mêlée de frissons irréguliers, et que l'un et l'autre phénomènes sont instantanément diminués par l'exercice au grand air, tandis que la moindre occupation fatigue dans l'intérieur de la maison.

Cette maladie fut remarquable par la circonstance spéciale du renouvellement des accès à l'heure précise de midi, et le serait davantage peut-être s'il eût été vérifié que l'accès finît à minuit, ainsi qu'il y avait lieu de le croire et que je le pensai de prime-abord. J'adressai à cet égard plusieurs questions à la malade, et n'en obtins que des rensei-

gnemens très-vagues. Une seule fois, depuis dix-sept ans, Mme M*** s'était trouvée dans le cas d'être réveillée pendant la nuit; vers une heure du matin, l'extinction de voix avait cessé; sa famille entière en fut témoin. Son genre de vie est tellement réglé, son sommeil est si tranquille et si profond, qu'elle n'avait point eu lieu depuis de répéter cette expérience. Il lui était arrivé plusieurs fois de veiller jusqu'à dix ou onze heures du soir sans que l'extinction de voix eût discontinué. Elle se rappelait aussi qu'une fois ou deux, pendant un temps d'orage, s'étant endormie, contre son habitude, dans l'après-midi, l'enrouement avait disparu à son réveil, mais il n'avait pas tardé à se reproduire pour ne cesser que le lendemain après un sommeil plus prolongé.

J'étais déjà en droit d'établir, sur cette première donnée, quelques indications curatives : aussi prescrivis-je des pilules composées avec l'extrait gommeux d'opium, à la dose d'un demi-grain par jour. Ne voulant pas l'employer d'une manière plus large, avant de m'assurer que c'était bien le sommeil qui portait avec lui la guérison journalière de cette incommodité, j'engageai fortement Mme M*** à en reculer l'instant jusqu'après minuit, afin de constater l'heure précise où l'extinction de voix pouvait cesser. Elle veilla une première fois jusqu'à minuit et demi, mais l'enrouement persista : le lendemain, elle se coucha à dix heures et se fit réveiller à minuit moins un quart; la difficulté de la parole avait disparu. Cette double épreuve ne laissant plus de doute sur l'influence favorable du sommeil, j'insistai auprès de la malade pour qu'elle portât l'usage de l'opium à une dose plus élevée et plus capable de causer la somnolence; mais l'estomac en ayant paru incommodé, je me vis forcé de l'abandonner, Mme M*** comptant peu sur la guérison, et se souciant peu de se soumettre à l'emploi d'un médicament qui la fatigue, et dont son éloignement de la ville m'eût empêché de surveiller moi-même l'administration. J'avais conseillé aussi le retour à l'usage du sulfate de quinine et des frictions sur la région épigastrique avec les huiles narcotiques ou la pommade stibio-opiacée; j'ignore si, à cet égard, mes instructions seront plus exactement suivies; mais je ne

négligerai pas l'occasion de poursuivre mes observations sur cette maladie singulière, qui, sans doute, sera modifiée, d'une manière avantageuse ou nuisible, à l'époque prochaine de la cessation des menstrues, qui n'ont pas cessé de couler jusqu'à ce jour aussi régulièrement et aussi abondamment qu'à l'âge de vingt-cinq ans.

On voit par cet exemple combien le traitement de cette affection peut être difficile, et combien les indications, en apparence les plus précises, peuvent être trompeuses. Un fait recueilli par M. Mélin, et que je citerai plus loin, nous fournira une nouvelle preuve de tous les tâtonnemens que le médecin est quelquefois obligé de faire. Dans le cas où, comme chez le sujet de l'observation précédente, il paraîtrait indiqué de procurer le sommeil, il faudrait, si l'estomac ne supportait pas l'opium, employer un sel de morphine par la méthode endémique.

On rencontre des exemples semblables dans les *Actes des Curieux de la Nature.* Toutefois il faut prendre garde de confondre avec l'aphonie le mutisme accidentel, dont on a plus souvent encore observé l'intermittence; c'est dans cette catégorie qu'il faut ranger le cas de Rosinus Lentilius (*Miscell. Nat. Cur.*, decur. II, an IX, p. 345), que tout le monde a cité comme une aphonie; le malade ne parlait que depuis midi jusqu'à une heure environ. On trouve dans le même recueil quelques faits semblables, qu'il serait inutile de citer ici. Enfin, sous le titre d'*aphonie périodique*, le docteur Richter de Wisbaden (voy. *Lond. med. Gaz.*, t. XIII, p. 576, 1834) a rapporté un cas d'extinction de voix revenant tous les jours à la même heure, et guérie par le sulfate de quinine. Mais cette aphonie n'était qu'un

simple symptôme d'une attaque d'hystérie, et par conséquent j'aurai à y revenir à l'occasion de cette dernière maladie.

La *durée* de l'aphonie est indéterminée; elle peut être d'un très-grand nombre d'années, ou disparaître très-rapidement.

L'aphonie simple peut ne se *terminer* qu'avec la vie du malade. Rarement, lorsque la cause occasionnelle n'est pas une attaque d'hystérie, la médication la plus active est parvenue à rendre à la voix son timbre et sa force. Dans les cas les plus heureux, la voix reparaît tout à coup, soit sans cause connue, soit à la suite de quelques moyens dirigés ou non contre la maladie. Si quelques auteurs ont avancé que cette terminaison de l'aphonie est assez fréquente, c'est qu'ils ont eu en vue des cas de mutisme accidentel, qui la présentent en effet souvent, surtout lorsqu'ils ont été produits par une émotion morale. Quand l'extinction de voix succède à une attaque d'hystérie, elle se dissipe d'elle-même et peu à peu. J'en ai vu récemment plusieurs exemples.

§ V. — Diagnostic; pronostic.

Diagnostic. Parmi les questions qui doivent le plus nous intéresser dans l'histoire de la maladie, il faut placer en première ligne le diagnostic. On sent, en effet, combien il est important de reconnaître l'aphonie simple au milieu de tant d'autres affections à lésions profondes qui peuvent produire l'extinction de la voix.

Nous chercherons d'abord à distinguer de l'aphonie simple, les diverses *laryngites* qui ont été décrites plus haut. Dans quelques cas, on a vu cette affec-

tion commencer par des signes d'une légère irritation du larynx; mais ces phénomènes, d'une très-courte durée, disparaissaient à mesure que l'aphonie faisait des progrès, tandis que le contraire a lieu dans les laryngites de toute espèce. Le plus souvent, l'aphonie simple survient rapidement ou même tout à coup, sans aucun autre symptôme du côté du larynx, circonstance qui suffit pour fixer le diagnostic. Une fois déclarée, elle persiste sans aucun des signes de l'inflammation du larynx : point de douleur, point de dyspnée, point de toux, point d'expectoration. On voit donc que l'erreur est extrêmement facile à éviter.

Le diagnostic de l'aphonie et des divers mutismes symptomatiques n'a pu être recherché que par les auteurs qui, sous le nom d'*aphonie*, ont compris non-seulement l'extinction de voix, mais encore l'abolition de la parole. Quant à moi, qui ai distingué ces deux états, je ne parlerai ici ni du *mutisme apoplectique*, ni de l'embarras de la parole que l'on observe chez les *paralytiques aliénés*, ou chez les sujets affectés du *delirium tremens;* ni de la perte de la voix que produit l'*empoisonnement par la jusquiame :* états trop différens de l'aphonie simple pour pouvoir donner lieu à la moindre hésitation. Pour la même raison, je ne chercherai pas à établir un diagnostic entre l'aphonie et le *mutisme* survenant dans l'hystérie ou produit par la frayeur.

Reste maintenant à savoir *à quelle cause est due l'aphonie;* c'est là ce qu'il est difficile de découvrir. En lui donnant le nom d'*aphonie nerveuse*, on a, dans ces derniers temps, placé dans les nerfs le siége de la maladie. Cette opinion est loin d'être nouvelle;

car nous avons vu que, dès la plus haute antiquité, les nerfs récurrens, qui portent la motilité aux muscles intrinsèques du larynx, avaient été regardés comme principalement malades, et que l'on s'était fondé, pour cela, sur les observations faites dans les cas où ces nerfs avaient été lésés. Ainsi Zac. Lusitanus (*de Med. princip. histor.*, Lug. 1649, *de Voc. læsion.*) cite, d'après Amatus Lusitanus, un cas dans lequel l'application du sublimé-corrosif sur une tumeur strumeuse du cou atteignit l'un des nerfs récurrens, et abolit immédiatement la voix. Paul d'Ægine et Avicenne avaient déjà publié des observations semblables.

Si une tumeur existe auprès du nerf récurrent, c'est à elle qu'on sera porté à attribuer l'extinction de voix; mais quelquefois cette tumeur enveloppe le nerf récurrent dans la poitrine même, comme on en a montré dernièrement un exemple à la Société anatomique. Alors on peut tout au plus soupçonner la cause de l'aphonie.

Dans les cas où il n'existe aucune tumeur, est-il certain que les nerfs récurrens soient affectés? Il est impossible de trancher une semblable question, quoiqu'on soit naturellement porté à penser qu'il se passe dans ces nerfs quelque chose de semblable à ce qui a lieu dans le nerf facial chez les sujets affectés de paralysie de la face.

Il est enfin fort intéressant pour le praticien de distinguer la *cause* morbide éloignée qui a pu donner lieu à l'aphonie. Ainsi la présence des *vers* dans l'intestin, une *maladie des organes génitaux*, si elle existe, attireront spécialement son attention.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1°. *Signes distinctifs de l'aphonie et des diverses espèces de laryngite.*

APHONIE.	LARYNGITES.
Point d'irritation du larynx, ou très-peu au début.	*Irritation* plus ou moins vive du *larynx;* douleur, picotemens, toux, dyspnée, etc.
Le plus souvent, *début* brusque ou subit.	*Début* graduel.
Action de parler non douloureuse, malgré les efforts du malade.	*Action de parler* souvent pénible, difficile et douloureuse.

Pronostic. Le pronostic de l'aphonie simple est peu grave en général; mais cette affection constitue une infirmité dont les malades cherchent à se débarrasser à tout prix : on se demande donc si l'on peut reconnaître les cas où la guérison est possible.

On peut dire en général que l'aphonie simple est toujours plus ou moins rebelle. Toutefois elle est bien plus facile à guérir lorsqu'elle se présente sous la forme intermittente, et qu'elle est due à une affection appréciable dont le siége est plus ou moins éloigné du larynx, que dans des circonstances opposées.

§ VI. — Traitement.

Je viens de tracer l'histoire de l'aphonie aussi bien qu'a pu me le permettre le petit nombre de faits, généralement fort mal exposés, qu'on trouve dans la science. Je suis le premier à reconnaître combien cette description manque de précision, bien que je me sois servi de matériaux peu connus jusqu'ici. Mais en signalant quelques faits peu connus, et surtout en distinguant avec soin l'aphonie des ma-

ladies avec lesquelles on l'a trop confondue jusqu'à ce jour, j'aurai, je le pense, jeté quelque lumière sur cette affection, qu'il importe à un si haut degré de reconnaître. Voyons maintenant quels traitemens on lui a opposés avec le plus de succès.

1°. *Antiphlogistiques.* On a eu assez rarement recours aux moyens de cette nature, et on le conçoit facilement lorsqu'on songe à l'absence presque constante de tout symptôme inflammatoire. Cependant on cite quelques cas dans lesquels la *saignée* a produit des effets presque merveilleux. C'est ce qui eut lieu chez la malade observée par M. Ollivier d'Angers (*loc. cit.*, p. 237), et ce fait est tellement remarquable, que je ne puis me dispenser de le rapporter ici.

OBSERVATION.

Marie-Louise Girou, maîtresse sage-femme à l'Hôtel-Dieu d'Angers, âgée de quarante-quatre ans (à l'époque où je l'observai en 1818), d'un tempérament sanguin et nerveux, d'une constitution délicate, rachitique, de très-petite taille, avait été réglée à quinze ans et demie. La menstruation fut régulière et l'écoulement périodique très-abondant jusqu'à l'âge de dix-huit ans, époque vers laquelle elle éprouva une perte considérable qu'elle attribue à des chagrins violens qu'elle eut alors. C'est à peu près vers ce même temps que Marie Girou fut affectée pour la première fois, sans cause connue, d'une aphonie complète qui dura plusieurs jours; elle ne se rappelle pas si elle survint avant ou après la métrorrhagie. Dès lors l'extinction de voix se manifesta à des intervalles variables, tantôt plusieurs fois par mois, tantôt à un mois, deux mois, cinq mois, neuf mois de distance. Une fois même, l'aphonie fut une année entière sans reparaître, et après ce laps de temps, elle se prononça de nouveau, toujours à des intervalles irréguliers. La durée de

cette aphonie variait comme les retours de son apparition, et se prolongeait chaque fois trois, cinq ou six jours.

Aucun trouble général ne se manifeste quand l'extinction de voix est sur le point de reparaître : elle s'annonce par une irritation légère de la gorge, qui augmente graduellement d'intensité jusqu'à ce que l'extinction de voix commence. Alors, à mesure que l'aphonie devient plus prononcée, le mal de gorge diminue et disparaît entièrement quand l'aphonie est complète. Pendant la durée de cette dernière, Marie Girou éprouve des accès d'oppression assez vifs, une pesanteur douloureuse dans la région du cœur, et des courans de chaleur se portent vers la tête. Du reste, il n'existe pas dans sa santé de dérangemens qui puissent l'empêcher de vaquer à son service habituel, et les accidens dont je viens de parler, ainsi que l'aphonie, ne l'obligent point à suspendre ses occupations. Depuis l'âge de quinze ans jusqu'à ce jour, les retours de l'aphonie ont été constamment accompagnés des mêmes phénomènes; ils se renouvelaient bien plus fréquemment pendant que Marie Girou était réglée, et les menstrues étaient toujours régulières et abondantes; mais depuis que les progrès de l'âge ont amené la suppression définitive de cet écoulement, l'aphonie se montre à des intervalles moins rapprochés, mais toujours avec les symptômes indiqués. La menstruation ne paraissait pas d'ailleurs avoir une influence sur le retour de cette affection, car elle est survenue plusieurs fois pendant la durée des règles.

Dès les premiers temps, on chercha à combattre cette affection par les antispasmodiques sous toutes les formes : les révulsifs, les purgatifs, tout fut employé sans succès; l'aphonie persistait au même degré et se dissipait d'elle-même au bout d'un temps plus ou moins long. Ce fut après avoir reconnu pendant un assez grand nombre d'années l'inefficacité de toutes ces médications, qu'on eut enfin recours à la saignée; à peine s'était-il écoulé une demi-once de sang, que la voix commença à reparaître, et peu après la suspension de l'écoulement de sang, l'aphonie n'existait plus. Ce succès inattendu fit dès lors employer chaque fois le même

moyen, et constamment on obtint le même résultat. Soit qu'on mette en usage les saignées générales ou l'application des sangsues, il suffit qu'une ou deux cuillerées de sang soient écoulées pour qu'à l'instant même on voie se dissiper l'aphonie et tous les symptômes qui l'accompagnent. J'ai pu constater un assez grand nombre de fois l'efficacité de la saignée, et j'ai toujours observé qu'aussitôt que le sang commençait à s'écouler, la voix, jusque là éteinte, reparaissait presqu'à l'instant : la malade dit qu'à l'instant il semble qu'on lui enlève un poids énorme de dessus le cœur. Il est indifférent, pour pratiquer la saignée, que l'extinction de voix dure depuis quelques jours, ou qu'elle vienne de se manifester ; l'action de ce moyen est constamment la même, c'est-à-dire qu'elle fait disparaître immédiatement l'aphonie. On a vu que l'écoulement des règles n'y apportait aucun changement ; quand l'aphonie se manifestait pendant la durée de cet écoulement, on attendait qu'il eût cessé pour pratiquer la saignée qui suspendait aussitôt les accidens.

Il est inutile d'ajouter des réflexions à ce fait, qui parle assez de lui-même. L'efficacité de la saignée est trop évidente pour qu'il soit nécessaire de la faire remarquer de nouveau.

Juncker (*Conspect. therap.*, p. 254, Hale, 1750) cite un cas qui n'est pas moins remarquable ; car, chez une jeune fille atteinte d'aphonie, sept fois la saignée fut pratiquée dans un court espace de temps, et sept fois la voix se rétablit pendant l'écoulement du sang, pour disparaître après la saignée. Voilà donc un moyen qu'on ne devra jamais négliger d'essayer.

Antispasmodiques. Les antispasmodiques ont été bien plus souvent mis en usage, et parmi eux aucun ne l'a été plus fréquemment que le *succin*. Les anciens auteurs paraissent avoir attribué une très-grande

efficacité à ce médicament, car ils n'ont presque jamais négligé de l'administrer : c'est ce qu'on peut voir dans les différens faits cités dans les *Actes des Curieux de la Nature*. On administre ce médicament ainsi qu'il suit :

℞ Teinture éthérée de succin.............	1 gramme.
Sucre................................	35 grammes.
Eau..................................	250 grammes.

Mêlez.

A prendre par cuillerées, toutes les trois heures.

Fred. Hoffmann (*Oper.*, *omn.*, Genev., 1748; *Aphon.*, t. III) prescrivit, dans un cas d'aphonie complète, la potion suivante :

℞ Teinture alcoolique de castoreum........	60 gouttes.
Ammoniaque liquide....................	3 décigrammes.
Ether sulfurique alcoolisé..............	2 grammes.

Mêlez.

A prendre 30 gouttes toutes les quatre heures, dans

Eau distillée de muguet................. une cuillerée.

Il est inutile de multiplier ces formules; car, malgré la confiance qui a été accordée aux médicamens de ce genre, on ne trouve guère de cas où, administrés seuls, ils aient eu un succès véritable.

Révulsifs. Ce sont encore là des moyens auxquels on a eu très-fréquemment recours; mais, à ce sujet, je dois renvoyer à l'article *Laryngite simple;* car les mêmes révulsifs ont été employés dans les deux maladies, et de la même manière. Les *vésicatoires*, les frictions avec l'*huile de croton tiglium*, les *sinapismes*, en un mot tout ce qui peut déterminer une forte irritation sur le tégument externe, a été mis en usage dans l'aphonie nerveuse aussi bien que dans l'aphonie due à une lésion organique.

Le *séton à la nuque* fut ordonné par M. Rayer dans un cas qui se termina favorablement. C'est aussi à la nuque que le docteur Gunther (*Lond. med. repository*, t. XIII, p. 524, 1820) veut qu'on applique les vésicatoires; mais son but est tout spécial: il pense qu'en appliquant l'exutoire sur cette région, on agit sur le nerf glosso-pharyngien, atteint par la cause qui a déterminé la maladie. Il est inutile de faire remarquer combien cette théorie est erronée.

Vomitifs; purgatifs. Il est impossible de trouver dans les auteurs aucun fait qui fasse connaître d'une manière positive le degré d'efficacité de ces médicamens. Medicus et le docteur Lilienhain (*Hufel. Journ.*, 1825, cahier supplém., p. 89) se bornent à dire, l'un qu'il obtint de très-bons effets de l'*émétique*, l'autre qu'il réussit, à l'aide d'émétiques administrés sur-le-champ, à rendre la parole à cinq jeunes filles frappées d'aphonie à la suite d'un accès de frayeur ou de colère. On sent combien il serait nécessaire de pouvoir examiner les observations. Si donc j'indique ces moyens, c'est parce qu'ils sont généralement employés, et qu'une dérivation sur le canal intestinal peut, dans les cas dont il s'agit, avoir son degré d'efficacité. L'espèce de vomitif ou de purgatif qu'il faut mettre en usage ne peut être déterminée par l'analyse des faits; plusieurs auteurs, et principalement les Anglais, emploient plus particulièrement le *calomel*, qui a une double action. Le docteur Watson (*Edinb. med. and surg. Journ.*, t. XI, p. 303, 1815) prescrivait ce médicament, uni au jalap, de la manière suivante :

℞ Poudre de jalap........................ 1,25 grammes.
Calomel........................... 0,30 grammes.

A prendre en une fois.

Chez un sujet observé par le docteur Graves, et dont M. Blache (*Dict. de Méd.*, art. *Aphonie*) a donné le résumé, le calomel fut employé seul jusqu'à production de la salivation, et l'amélioration ne fut sensible que lorsque l'action du médicament sur la bouche se fût manifestée.

Dans les cas cités par M. Webster, et rapportés dans la *Gazette Médicale*, les purgatifs unis au vésicatoire eurent, suivant cet auteur, un très-heureux effet. M. Watson a mis en usage les *lavemens de savon*, dont il est difficile d'apprécier l'utilité.

Quelques autres remèdes internes ont été conseillés. Ainsi Zacutus Lusitanus (*Prax. med. adm.*, obs. CVI) prescrivit le médicament suivant :

℞ Thériaque........................... 6 grammes.
Eau de chardon bénit.................. 120 grammes.

A prendre par cuillerées.

Suivant cet auteur, une sueur abondante, déterminée par ce remède, fit cesser la maladie qui durait depuis plusieurs années, et qui avait résisté à beaucoup d'autres moyens. Juncker (*loc. cit.*), dans un cas à peu près semblable, administra une décoction de *véronique*, et, dit-il, avec succès. Il est évident qu'on ne peut tirer aucune conclusion rigoureuse de ces faits, qu'il importait néanmoins de connaître, afin de savoir à quels moyens on peut avoir recours dans les cas difficiles.

Médication topique. On a imaginé aussi d'agir

directement sur le larynx, comme étant l'organe uniquement affecté. Le docteur Bennati (*Étud. phys. et path. sur les organes de la voix;* Paris, 1833) employait ordinairement l'alun sous forme de gargarisme, et aux doses suivantes :

℞ Sulfate d'alumine......................	4 grammes.
Décoction d'orge bien filtrée...........	300 grammes.
Sirop diacode..........................	16 grammes.

Pour se gargariser trois ou quatre fois par jour.

Cette formule, dans l'ouvrage de l'auteur, porte le titre de n° 1. A chaque numéro suivant, M. Bennati ajoutait 4 grammes d'alun, et il a été jusqu'à prescrire le gargarisme n° 18, c'est-à-dire 72 grammes d'alun pour 320 grammes d'excipient, ce qui est une solution extrêmement concentrée. Mais il faut dire que dans le plus grand nombre des cas, suivant M. Bennati, les n°s 3, 4 et 5 ont été suffisans. D'après un certain nombre de faits qu'il a rapportés, cet auteur pense que le caustique agissant sur les parties constituantes du pharynx et sur le voile du palais, procure la guérison en rendant leur tonicité à ces parties relâchées par une légère irritation chronique, seule cause de la diminution plus ou moins grande de la voix. Mais je ferai remarquer qu'il ne ressort pas parfaitement de ces observations que le larynx ne fût pas atteint lui-même d'une légère inflammation chronique. D'un autre côté, plusieurs de ces malades avaient d'autres affections qui pouvaient déterminer l'affaiblissement de la voix, et l'on conçoit très-bien que, dans ces cas, l'aphonie pouvait disparaître avec ces affections, dont le siége était plus ou moins éloigné du larynx,

sans qu'on soit en droit d'attribuer la guérison à l'action du topique. En un mot, le diagnostic ne paraît malheureusement pas assez bien établi.

M. Trousseau (*de la Cautérisation du larynx dans certains cas d'aphonie chronique*, *Journ. des Conn. méd.-chir.*, fév. 1835) a cité quelques cas dans lesquels la *cautérisation* avec le *nitrate d'argent* a fait disparaître des aphonies qui duraient depuis longtemps. Mais, encore ici, est-il permis de dire qu'il n'y avait aucun symptôme de laryngite? En parcourant les deux premières observations, les seules dans lesquelles on puisse admettre qu'il n'existait aucune lésion profonde du larynx, on voit que néanmoins il y avait eu du côté de la gorge, au début, de l'irritation, une gêne marquée et une sensation pénible qui provoquait la toux. En sorte qu'on pourrait, à la rigueur, regarder la maladie comme une laryngite très-légère passée à l'état chronique. Quoi qu'il en soit, M. Trousseau ne pratique pas autrement la cautérisation, dans les cas d'aphonie, que dans ceux de laryngite chronique : je me borne donc à renvoyer le lecteur au traitement de cette dernière maladie. (Voy. page 260.)

On peut rapprocher de cette médication celle qui a été employée par M. Gerner (*British. med. review.*, t. VIII, p. 252, 1839), et qui consiste dans l'*inspiration de vapeurs ammoniacales*, dégagées du mélange des solutions d'hydrochlorate d'ammoniaque et de carbonate de potasse. Mais je ne saurais conseiller cette médication appuyée sur un seul fait, à cause du danger qu'elle présente. Il est, en effet, difficile de limiter l'action de ces vapeurs

ammoniacales, qui peuvent porter sur les poumons une irritation funeste.

Enfin le docteur Lilienhain (*Hufeland's Journal*, 1825, cahier suppl., p. 89) eut l'idée, dans deux cas où les émétiques n'avaient pas réussi, de déterminer une irritation sur la langue par l'emploi topique du piment des jardins (*capsicum annuum*), et, selon lui, les résultats furent très-heureux. Pour mettre en usage cette médication, on emploiera, si l'on peut se procurer le piment frais, une pâte formée de ce fruit écrasé, qu'on appliquera sur la langue, en en surveillant l'action pour que l'irritation ne soit pas trop forte; ou bien on se servira du mélange suivant :

♃ Teinture de poivre de Guinée (*capsicum annum*)	7 grammes.
Infusion de cochlearia........................	80 grammes.

Trempez dans ce liquide des compresses que vous appliquerez sur la langue, jusqu'à ce qu'une irritation convenable ait été produite.

Je ne ferai aucune réflexion sur cette médication; c'est au praticien à voir si elle a réellement l'efficacité que lui attribue l'auteur.

Électricité; galvanisme. Le galvanisme et l'électricité, dit le docteur Ryland (*Edinb. med. and surg. Journ.*, tom. XLIX, pag. 579) comptent de fréquens succès et d'aussi fréquens insuccès. Je n'ai point trouvé dans la science d'observations propres à fixer mon opinion; et, sauf un fait de M. Serres, je ne connais, sur ce point, que quelques assertions de différens auteurs. Toutefois on conçoit que ces moyens puissent être tentés, dans un cas où les précédens auraient complétement échoué; car si leur efficacité n'est pas mise

hors de doute, ils n'offrent du moins aucun danger. L'électro-puncture me paraît être le moyen qu'on devra choisir de préférence; on le mettra en usage de la manière suivante :

ÉLECTRO-PUNCTURE.

Implantez deux aiguilles de platine, l'une à la réunion de l'occipital et de la colonne vertébrale, un peu en dehors de celle-ci, et l'autre au-dessous du larynx ou à la partie inférieure du cou, à deux ou trois travers de doigt en dehors de la ligne médiane. Puis, à l'aide de la pile de Volta ou de la machine électro-magnétique de Clarke, établissez un courant par secousses rapides, ce que l'on obtient en maintenant le pôle positif sur l'aiguille implantée au-dessous de l'occipital, et en appliquant par momens le pôle négatif sur l'autre. C'est au médecin à mesurer, d'après l'effet produit, le nombre de secousses nécessaire. Cette petite opération peut avoir lieu tous les jours jusqu'à complète guérison, à moins qu'elle ne fatigue trop le malade, auquel cas on éloignera plus ou moins les séances.

Traitement de l'aphonie intermittente. Parmi les cas d'aphonie intermittente que j'ai pu rassembler, il en est peu qui aient cédé à l'action du quinquina ou du sulfate de quinine. Chez la malade traitée par le docteur Rennes (*loc. cit.*), ce médicament, administré à la dose de 45 centigrammes chaque matin, pendant cinq jours, ne produisit aucun effet. Néanmoins le docteur Richter (*loc. cit.*) vit cesser sous l'influence de cette substance, donnée à haute dose, une aphonie symptomatique d'une hystérie dont les accès revenaient tous les jours à la même heure. Dans un cas observé par M. Mêlier (*Revue médic.*, février 1842, pag. 276), le sulfate de quinine, qui avait réussi d'abord, finit par être inutile. Ce fait,

qui d'ailleurs contient des détails précieux sur l'action de plusieurs autres moyens, doit nécessairement trouver sa place ici.

OBSERVATION.

Une demoiselle âgée de vingt-huit ans, née de parens maladifs, mais jouissant habituellement d'une bonne santé, habite la campagne. Un matin, elle est prise, sans cause connue, d'un enrouement, et bientôt d'une aphonie qui dura deux heures ; à ce moment, tous les phénomènes d'enrouement et d'aphonie disparurent entièrement.

Le surlendemain, à la même heure, la voix s'éteignit de nouveau, et l'aphonie dura le même temps, c'est-à-dire deux heures. Plusieurs accès semblables ayant eu lieu, et toujours avec le type tierce, le médecin de l'endroit fut appelé; il prescrivit le sulfate de quinine, et réussit, dès les premières doses, à faire disparaître ces accès d'aphonie. Quinze jours se passèrent sans que la malade se ressentît de cette affection singulière; mais bientôt les accès se renouvellent avec les mêmes symptômes, pour disparaître de nouveau sous l'influence de nouvelles doses de sulfate de quinine. Cette fois encore, la guérison ne dure que quinze jours, et c'est à l'occasion de cette rechute que je suis mandé.

Je juge opportun de revenir à l'usage du sulfate de quinine, d'en augmenter la dose et d'en prolonger l'administration; malgré ce soin, les accès prirent d'abord le type double tierce, pour devenir bientôt quotidiens. Peu de temps après, à l'accès du matin s'est ajouté un accès le soir; la durée de chaque accès augmentant, l'aphonie est devenue permanente. Dans tous les accès, la perte de la voix a eu lieu de la même manière; il y a eu cessation progressive des sons graves, des sons plus élevés, et enfin des sons aigus. Lorsque la malade est sur le point de perdre la voix, elle ressent de la douleur, puis une pression vers la clavicule gauche, phénomènes qui disparaissent quand la voix revient à son état naturel. Ces symptômes, précurseurs ou concomitans de l'aphonie, sont constans au point que la malade

sait, avant de parler et sans en avoir fait l'épreuve, quand elle n'a pas de voix.

Parmi les circonstances qui rétablissent la voix, les sinapismes aux extrémités tiennent le premier rang. Cette médication est fondée sur ce fait, qu'une crampe spontanée et douloureuse ramène la voix.

L'application du froid à l'intérieur, comme l'ingestion d'une glace, l'usage des cigarres de stramonium, une angine, l'électricité, l'électro-puncture, une impression morale, vive, telle que celle qu'a éprouvée la malade en apprenant la maladie de son père, tous ces agens physiques ou moraux ont eu pour effet de rendre la voix presque immédiatement; aucun d'eux n'a pu la maintenir. Des potions éthérées ont souvent exercé la même influence temporaire. Un voyage à Aix-la-Chapelle, conseillé par M. Chomel, a permis à la malade de conserver sa voix pendant deux mois sans interruption; mais à Aix-la-Chapelle, elle a encore perdu instantanément la faculté de produire des sons, pour être entrée dans une église où on brûlait de l'encens.

J'ai observé que la fumée du goudron ou son odeur, ainsi que tous les balsamiques, avaient pour effet d'anéantir immédiatement la voix.

Du reste, on ne découvre aucun dérangement dans les autres fonctions, et la menstruation elle-même n'a pas cessé d'être parfaitement régulière.

Parmi les symptômes observés chez cette malade, il en est un fort remarquable, c'est cette douleur qui se fait sentir sous la clavicule. Dans le fait cité par M. Ollivier et chez une femme hystérique soumise à mon observation, il existait quelque chose de semblable. Ne doit-on pas penser qu'en pareil cas, un des deux nerfs récurrens, subitement affecté, est le siége de la maladie? Ce signe n'a pas été assez soigneusement recherché dans la plupart des cas que nous possédons, il faut le signaler à l'attention des observateurs.

On ne devra donc pas, d'après ce qui précède, négliger le sulfate de quinine, dès qu'on aura lieu de supposer que l'affection est périodique.

Indications particulières. On a vu, à l'article *Causes*, que souvent l'aphonie pouvait être attribuée à des causes spéciales très-variables, et qu'en remplissant les indications qui en découlaient, on avait quelquefois réussi à rendre à la voix son intégrité. Le médecin recherchera donc, avec le plus grand soin, toutes les circonstances qui ont environné l'apparition de la maladie, afin de pouvoir mettre en œuvre les moyens qui lui paraîtront le plus appropriés. On sent qu'il serait impossible, à cause même de la variété de ces circonstances, de tracer d'une manière générale le traitement de ces cas particuliers. Je vais donc me borner à indiquer les faits principaux qui se sont présentés à l'observation des auteurs, afin que le praticien puisse y trouver des exemples qui lui serviront, avec quelques modifications, dans les nouveaux cas qui s'offriront à lui.

La *frayeur*, ou toute autre *émotion vive*, a parfois produit l'aphonie. Dans ce cas, on a vu une émotion de la même nature ou autre, rendre subitement la voix que n'avait pas pu rétablir un traitement prolongé. Ainsi M. Blache (*loc. cit.*) a vu chez une dame à laquelle il donnait des soins avec M. Chomel, l'aphonie, due à un excès de joie, succédant immédiatement à une vive inquiétude, disparaître tout à coup après une violente émotion, et deux fois des causes analogues ramener et suspendre cette affection. L'observation de M. Mêlier, citée plus haut, est un autre exemple de l'influence des émotions

vives. Des faits semblables sont rapportés dans les *Actes des Curieux de la Nature.* En pareil cas, le médecin devrait-il imiter ces effets du hasard, ou chercher dans des émotions fortes, un remède que la matière médicale ne lui aurait pas donné ? Je pense qu'il faut être extrêmement prudent dans l'emploi de semblables moyens, qui pourraient fort bien manquer leur but, tout en produisant de fâcheux accidens. Tout ce que le médecin peut se permettre, c'est d'imiter la conduite de M. Guersant dans le cas suivant : M. Blache rapporte (*loc. cit.*, p. 435) que chez une jeune fille devenue aphone dans la longue convalescence d'une fièvre grave, la crainte d'un large vésicatoire que M. Guersant proposait d'appliquer sur le cou, fit disparaître rapidement le phénomène morbide. C'est là évidemment une donnée que l'on ne doit point négliger, car en proposant les moyens qui paraîtront devoir causer au sujet le plus d'appréhension, on pourra espérer d'obtenir un semblable résultat. Toutefois, dans le cas où le moyen proposé ne pourrait point être appliqué, le médecin devrait toujours faire en sorte de se réserver un motif pour revenir sur sa détermination, afin de ne pas perdre son influence sur l'esprit du malade. Il est inutile d'indiquer les différens traitemens qui peuvent être proposés, car ils doivent varier suivant les sujets et les circonstances. Bornons-nous à dire, d'une manière générale, que les moyens douloureux, comme les caustiques, le cautère actuel, etc., offriront les principales ressources dans cette espèce de traitement moral.

Dans les cas où on pourrait supposer que la perte de la voix est due à l'influence d'une *affection des*

organes génitaux, le traitement de cette affection devrait être suivi avec le plus grand soin. Zacutus Lusitanus (*loc. cit.*) employa, dit-il, avec succès, deux cautères appliqués aux aines, pour remédier à la suppression d'une blennhorragie à laquelle on attribuait l'aphonie. M. Tanchou (*Considér. sur l'infl. récipr. des org. gén. sur la voix*) vit une aphonie paraître avec une inflammation urétro-vésicale, et disparaître avec elle. Et M. Piorry (*Dict. des Sciences Méd.*, art. *Voix*) rapporte l'histoire d'une jeune dame qui recouvra, immédiatement après l'application d'un pessaire, l'intégrité de sa voix en partie perdue. Sans accorder à ces faits isolés une très-grande valeur, il est bon de les faire connaître, pour augmenter les ressources du praticien.

Enfin, les cas dans lesquels la maladie a paru liée à l'*existence des vers* dans le tube intestinal, nous fournissent des exemples de guérison après l'expulsion de ces entozoaires. Si donc cette cause paraissait exister, il faudrait se hâter de recourir aux moyens qui seront exposés avec détail à l'article consacré aux vers intestinaux.

TRAITEMENT DE L'APHONIE DUE A LA COLIQUE DE PLOMB.

C'est ici une indication qu'on peut regarder comme spéciale; aussi convient-il d'en dire quelques mots à part. Lorsque l'aphonie survient dans le cours de la colique de plomb, il est rare que la paralysie porte uniquement sur les muscles du larynx, et que l'on n'en observe pas les signes dans d'autres parties du corps. D'après cette considération, et si l'on se rappelle que le principe de la maladie est

dû à une cause générale, c'est surtout à des moyens agissant de la même manière qu'on aura recours. Les deux principaux sont sans contredit la *strychnine* et les *bains sulfureux*. M. Tanquerel des Planches (*Traité des Maladies de Plomb*, t. II, p. 107 et suiv., Paris, 1839) cite deux observations dans lesquelles ces moyens, employés avec persévérance, ont fait disparaître complétement l'aphonie. J'indiquerai, dans une ordonnance, la manière de diriger le traitement.

Résumé ; ordonnances. Les détails dans lesquels je suis entré me dispensent de faire de longues réflexions sur le traitement de l'aphonie : je ferai seulement remarquer que les moyens thérapeutiques devront être employés avec persévérance, et qu'il ne faudra les remplacer par d'autres que lorsqu'on se sera bien assuré de leur insuccès.

PREMIÈRE ORDONNANCE.

Traitement de l'aphonie simple.

1°. Pour boisson, une tisane légèrement excitante.

2°. Une saignée de 3 à 400 grammes, qu'on pourra renouveler à des époques plus ou moins éloignées, dans le cas où elle produirait quelque effet.

3°. Un large vésicatoire ou un séton à la partie antérieure du cou.

4°. Un purgatif composé de jalap et de calomel, selon la formule du docteur Watson. (Voyez pag. 526.)

5°. Cautérisation avec le nitrate d'argent, suivant le procédé de M. Trousseau. (Voyez pag. 260 et suiv.)

Ces divers moyens ne devront être employés qu'à quelques jours d'intervalle, à moins qu'on ne veuille agir avec beaucoup de vigueur dans le traitement d'une aphonie récente.

DEUXIÈME ORDONNANCE.

Dans les mêmes circonstances.

1°. Infusion de tilleul édulcorée avec le sirop de fleurs d'oranger.

2°. ℞ Tartre stibié	....	0,05 à 0,10	grammes.
Sirop d'ipécacuanha	....	30	grammes.
Eau de laitue	....	120	grammes.

Mêlez.

A prendre par cuillerées, de quart d'heure en quart d'heure, jusqu'à production de vomissemens répétés.

3°. Frictions sur le cou, avec l'huile de croton tiglium. (Voy. *laryngite simple*, pag. 225.)

Ou bien :

Sinapismes promenés sur le cou et la partie supérieure de la poitrine.

4°. Mettre en usage l'électro-puncture, suivant les préceptes exposés plus haut. (Voy. pag. 531.)

TROISIÈME ORDONNANCE.

Traitement de l'aphonie ayant pour cause évidente une émotion morale.

1°. Employer les médicamens précédens.

2°. Administrer la potion antispasmodique d'Hoffmann. (Voyez pag. 525.)

3°. Tâcher de ramener les règles, si elles sont supprimées. Dans le cas où l'on n'y parviendrait pas, suppléer à l'écoulement menstruel à l'aide d'applications plus ou moins répétées de sangsues.

4°. Agir sur le moral, en proposant l'emploi de remèdes effrayans.

On sent que tous ces moyens, ainsi que ceux qui ont été mentionnés dans le cours de ce paragraphe, peuvent être groupés de beaucoup d'autres manières; mais c'est là un soin qu'il faut laisser au médecin.

QUATRIÈME ORDONNANCE.

Aphonie survenue à la suite d'une colique de plomb.

1°. Faire usage de l'électricité et du galvanisme, qui ont procuré assez fréquemment la guérison de diverses paralysies saturnines.

2°. Tous les jours, un bain sulfureux dans lequel le malade restera une heure.

3°. S'il restait encore quelques traces de la colique saturnine, insister sur les purgatifs, et principalement sur l'huile de croton tiglium, médicament très-efficace dans cette maladie, comme on le verra quand j'en tracerai l'histoire.

4°. Dans les cas où cette ordonnance paraîtrait insuffisante, ou même tout d'abord, on pourrait remplacer l'électricité et le galvanisme par la strychnine administrée ainsi qu'il suit :

℞	Strychnine pure........................	5 centigrammes.
	Conserve de roses rouges.................	1 gramme.

Faites dix pilules.

A prendre une, soir et matin, pendant les quatre ou cinq premiers jours : puis augmenter la dose, si l'effet du médicament n'est pas très-marqué sur la myotilité, jusqu'à ce que le malade prenne cinq ou six pilules, dose qu'il n'est pas prudent de dépasser, à moins de circonstances particulières.

Je n'ai parlé, dans les ordonnances, ni de la saignée, ni du traitement de l'aphonie intermittente, les détails que j'ai donnés plus haut étant suffisans.

Tel est le traitement de l'aphonie; mais il ne faut pas se dissimuler que, dans des cas proportionnellement assez fréquens, tous ces moyens restent sans effet, et la maladie dure toute la vie avec les signes d'une bonne santé générale.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Antiphlogistiques ; antispasmodiques ; révulsifs ; vomitifs et purgatifs ; caustiques et cathérétiques ; quinquina ; électricité ; galvanisme ; strychnine ; moyens variés, suivant les diverses circonstances.

CHAPITRE III.

Maladies de la trachée.

La trachée, sous quelque rapport qu'on la considère, ne constitue point un organe indépendant. Elle n'a d'autre usage que de fournir à l'air un passage pour parvenir dans le poumon. Simple intermédiaire entre le larynx et les ramifications bronchiques où se produit l'hématose, elle n'est que le tronc de l'arbre aérien. Nous devons donc être peu surpris de ne pas trouver dans cet organe de maladies qui lui soient propres, ni qui l'affectent exclusivement. Chacun sait, en effet, que les affections de la trachée ne sont que l'extension ou le commencement des affections du larynx et des bronches. Il est au moins très-rare qu'il en soit autrement. Ainsi la trachéite simple n'est ordinairement que le commencement de la bronchite aiguë; la trachéite pseudo-membraneuse survient, dans presque tous les cas, à la suite de l'inflammation pseudo-membraneuse du larynx, et quant aux affections chroniques, on verra dans la suite de cet article que leur existence comme maladies indépendantes de la trachée a été fortement contestée, et que, même en l'admettant, on doit la regarder comme une exception.

Si, après toutes ces considérations, on remarque encore que le calibre considérable de la trachée expose cette partie des voies respiratoires bien moins que toutes les autres, à une obstruction capable de produire la suffocation et l'asphyxie, on comprendra comment les maladies de cet organe offrent si peu d'intérêt aux praticiens, et comment aussi les re-

cherches sur ce point sont si rares et si peu instructives.

Dans cet état de choses, on pourrait presque passer sous silence, sans grand inconvénient, les maladies de la trachée. Mais il s'est élevé quelques questions sur lesquelles il importe de dire un mot, afin qu'il ne reste pas de doute dans l'esprit du lecteur. C'est pourquoi je vais très-rapidement passer en revue ce que les auteurs nous ont laissé de plus intéressant sur ce sujet, me bornant, pour tout ce qui n'a pas une certaine utilité pratique, à une simple indication.

Les anciens ont fréquemment parlé des maladies et surtout des maladies chroniques de la trachée-artère; mais on ne tarde pas, en examinant attentivement ce qu'ils ont dit, à s'assurer qu'ils ont ordinairement confondu entre elles les affections du larynx et de la trachée, ou du moins que, dans les cas dont ils nous ont donné l'histoire, le larynx présentait des lésions tout aussi considérables que celles de la trachée elle-même. Dans ces derniers temps, on a cherché à faire une maladie particulière de la phthisie trachéale, et M. Cayol (*Recherches sur la phthisie trachéale;* Thèse, Paris, 1810) a surtout insisté pour faire admettre cette espèce particulière de phthisie. Lorsqu'il s'agira de cette affection, je rapporterai les discussions que la manière de voir de cet auteur a soulevées.

§ Ier. — Trachéite simple.

L'inflammation simple de la trachée est si rarement bornée à cet organe, que les auteurs ne se sont généralement pas arrêtés à en donner une descrip-

tion. Je me contenterai d'en dire quelques mots.

Causes. Suivant M. Roche (*Dict. de Méd. prat.*, article *Trachéite*), « la seule circonstance peut-être qui puisse faire naître exclusivement cette affection, c'est l'impression d'un courant d'air froid sur la partie antérieure du cou, pendant que tout le corps est en sueur. » Je ne crois pas qu'on ait publié une seule observation qui mette ce fait hors de doute. Quant aux autres causes indiquées par cet auteur, je ne les mentionnerai pas, parce que les unes ne donnent pas directement lieu à la trachéite, qui n'est produite que par extension d'une autre maladie (*laryngite*, *bronchite*), et que les autres constituent elles-mêmes des maladies importantes, dont la trachéite n'est qu'une complication.

Symptômes. Les symptômes de l'inflammation de la trachée sont les suivans, comme on peut s'en assurer en examinant ce qui se passe dans la bronchite ordinaire, et en faisant la part des symptômes qui appartiennent à chaque partie de l'arbre bronchique :

1° Gêne, tension, picotemens, douleur à la partie inférieure du cou et derrière la partie supérieure du sternum; 2° toux plus ou moins intense, provoquée ordinairement par ces picotemens. M. Roche (*loc. cit.*) a cité un exemple dans lequel il n'existait presque pas de toux; 3° crachats d'abord nuls, puis transparens, filans, salés, peu abondans; ensuite perlés, parfois légèrement noirâtres, et enfin jaunes, verdâtres, opaques; 4° difficulté plus ou moins considérable de la respiration, avec oppression plus forte par momens. Tels sont les symptômes qu'on peut assigner à l'inflammation de la trachée.

Quant au gonflement, à la chaleur de la partie antérieure du cou et aux symptômes fébriles dont parle M. Roche, je ne crois pas devoir les mentionner, parce qu'on n'a pas d'exemple qu'ils se soient montrés dans une inflammation bornée à la trachée.

L'auscultation peut faire entendre quelques sifflemens vers la naissance des bronches, mais ordinairement aucun bruit particulier n'est perçu. Quant à la percussion, elle ne dénote rien d'anormal.

Marche et durée de la maladie. La marche de la trachéite simple est rapide; sa durée est ordinairement de cinq ou six jours; il n'existe pas un seul exemple de trachéite simple chronique.

Lésions anatomiques. Une quantité plus ou moins grande de mucus, la rougeur, l'épaississement, le ramollissement de la muqueuse, sont les lésions anatomiques déterminées par l'inflammation de la trachée.

Diagnostic. Le peu d'intensité de la maladie, les picotemens bornés à la partie inférieure du cou, la gêne peu considérable de la respiration, et l'absence plus ou moins complète de bruits anormaux à l'auscultation, servent à faire distinguer la trachéite simple de la bronchite aiguë, seule maladie avec laquelle on pourrait la confondre.

Traitement. Le traitement de cette affection si légère est rarement réclamé par les malades. Il consiste, le plus souvent, en de simples boissons adoucissantes. On n'aurait recours à une application de sangsues que dans les cas où l'on craindrait l'extension de l'inflammation vers la poitrine, chez des sujets qui auraient déjà présenté quelques symptômes

inquiétans du côté de cette cavité. Enfin on peut, dans quelques circonstances où il est absolument nécessaire de rétablir promptement l'intégrité des organes de la respiration, avoir recours aux légers narcotiques, aux fumigations, etc.; mais je n'entrerai point ici dans de longs détails à ce sujet, parce que ce traitement ne diffère en rien de celui de la bronchite simple aiguë, sur lequel je m'étendrai à l'occasion de cette dernière maladie.

§ II. — Trachéite pseudo-membraneuse.

Nous avons vu, dans l'histoire du croup, que quelques auteurs et en particulier Jurine (*voy.* pag. 323), avaient signalé des cas où l'inflammation pseudo-membraneuse envahissait d'abord la trachée; mais tous ont reconnu que la lésion ne tardait pas à s'étendre et à gagner, d'une part, le larynx, et de l'autre les bronches. Dans le premier cas, la maladie a toujours été considérée comme une *laryngite pseudo-membraneuse;* dans le second, elle constitue, comme on le verra plus tard, la *bronchite pseudo-membraneuse* ou *croup bronchique.* Ainsi la trachéite pseudo-membraneuse, en tant que maladie distincte, pourrait être négligée. On trouve néanmoins dans Baillou (*Epid. ephem.*, lib. II, p. 197 et 201) l'indication de quatre cas de mort par suffocation, sans toux ni expectoration, et dans lesquels l'auteur nous dit que la trachée-artère était obstruée par une *substance pituiteuse, dense, étendue sous forme de membrane;* mais il est plus que probable que cette fausse membrane n'était pas bornée à la trachée, qui paraît avoir été seule examinée par Baillou.

Le docteur Matt. Baillie a décrit une affection

qu'il désigne sous le nom de *polypus*, titre qui pourrait en imposer; mais une simple lecture suffit pour faire reconnaître tout d'abord qu'il ne s'agit, sous ce titre, que de fausses membranes tapissant la trachée.

Sans m'arrêter davantage à une affection si douteuse, je vais passer à la trachéite ulcéreuse, plus généralement connue sous le nom de *phthisie trachéale.*

§ III. — Trachéite ulcéreuse (*phthisie trachéale*).

Déjà Morgagni, Borsieri et plusieurs autres auteurs avaient parlé des ulcères de la trachée. Mais M. Cayol a le premier traité spécialement ce sujet. Cet auteur, dans sa thèse, rapporte six cas de phthisie trachéale, dont quatre lui appartiennent et deux sont empruntés à Morgagni (*Ep.* XV, 15) et à M. Sauvée (Th., Paris, *Phth. laryng.*); mais dans trois de ces cas seulement il est question d'ulcères simples. Voici, d'après lui, et sans rien préjuger sur l'existence de cette affection considérée comme entièrement indépendante, l'histoire de la trachéite ulcéreuse :

Causes. Des trois sujets, deux étaient du sexe masculin ; ils avaient de trente-neuf à cinquante ans. La femme seule était sujette à la dyspnée depuis son enfance; un des deux hommes était adonné aux boissons alcooliques. Chez un sujet, la maladie apparut après la disparition, dans l'espace d'un mois, d'un engorgement glanduleux du cou et de l'aisselle qui durait depuis huit mois. Chez la femme, le début eut lieu dans le cours d'une bronchite qui occasionnait beaucoup de dyspnée.

Voilà ce qui fut noté chez les sujets observés par M. Cayol. On a admis, en outre, comme cause d'ul-

cération de la trachée, une ou plusieurs infections vénériennes antécédentes, ce qu'il ne faut pas perdre de vue, car nous aurons à y revenir lorsqu'il s'agira de décider s'il existe ou non une phthisie trachéale non syphilitique, indépendante de toute autre affection.

Symptômes. Les symptômes observés furent les suivans : *douleur* constante ou passagère derrière la partie supérieure du sternum, avec un sentiment de *gêne* plus ou moins considérable. *Toux* constante, fréquente, quinteuse dans un cas, et allant toujours en augmentant depuis le début; elle était ordinairement suivie, chez un sujet, d'*oppression* et de *dyspnée.* Les *crachats*, glaireux et filans d'abord, devenaient ensuite jaunes, épais, opaques; ils étaient alors mêlés à une matière écumeuse et pituiteuse. La *dyspnée*, déjà notable dès le début, allait toujours en augmentant, excepté dans un cas où elle parut diminuer à la fin. Chez deux sujets il y avait des *accès de suffocation.* La *voix*, seulement enrouée dans deux cas, fut d'abord voilée, puis éteinte chez un sujet. La *percussion* ne faisait reconnaître aucun bruit anormal. En même temps que ces symptômes se manifestaient, la *fièvre* se déclarait, et acquérait, au bout d'un certain temps, une intensité considérable. Enfin survenait un *amaigrissement* marqué et même le *marasme* vers la fin de l'existence.

Marche et durée. La marche de cette affection était lente, mais continue; sa durée varia entre sept et seize mois.

Lésions anatomiques. A l'autopsie, M. Cayol trouva des ulcérations de deux à six centimètres de long, plus ou moins profondes, et ayant plus particulièrement leur siége dans la seconde moitié de la trachée

et à la bifurcation des bronches. M. Andral (*Cliniq. méd.*, t. III, p. 179, 3e édit.) cite un cas dans lequel la trachée-artère était criblée d'ulcérations; mais il ne ressort pas de sa description qu'il n'y eût pas de tubercules dans les poumons.

Diagnostic. Le diagnostic de cette affection a été donné en détail à l'article *Laryngite ulcéreuse;* il est donc inutile d'y revenir ici. Il suffit de rappeler que le siége de la douleur et la conservation plus ou moins complète du timbre de la voix, sont les principaux signes distinctifs.

Mais ici s'élève une question trop importante pour être passée sous silence. Les *ulcères de la trachée peuvent-ils réellement être indépendans de toute autre affection, et en particulier de la phthisie pulmonaire et de la laryngite chronique?* Voilà le point sur lequel les auteurs ne sont pas d'accord. MM. Trousseau et Belloc n'hésitent pas à répondre négativement. Pour eux il n'existe pas de phthisie trachéale proprement dite, et ils confondent cette maladie avec la phthisie laryngée. Suivant eux, l'examen du larynx, dans les observations rapportées par M. Cayol, n'a pas été fait d'une manière assez exacte pour qu'on puisse affirmer que cet organe était réellement sain. D'un autre côté, malgré le zèle avec lequel on a cultivé l'anatomie pathologique depuis que M. Cayol a publié sa thèse, on n'a point cité de cas bien authentique d'ulcères de la trachée sans phthisie pulmonaire. M. Louis, en particulier, n'en a pas rencontré un seul exemple, quoiqu'il ait fait un si grand nombre d'autopsies de toute espèce; tandis que les cas où les symptômes de cette dernière maladie se sont manifestés avant ceux de la trachéite

ulcéreuse, sont extrêmement multipliés. Si nous examinons, sous ce nouveau point de vue, les faits rapportés par M. Cayol, nous trouvons que des trois observations d'ulcérations propres à la trachée, une seule (la deuxième), ainsi que l'a fait remarquer M. Louis (*Examen de l'examen de M. Broussais, relativement à la phthisie, etc.*; Paris, 1834), fait mention des maladies vénériennes que le malade aurait pu contracter, et constate qu'il n'en a jamais été atteint. Or, comme nous l'avons vu plus haut, les ulcérations de la trachée ont été, ainsi que celles du larynx, placées parmi les symptômes secondaires de la syphilis. Cette lacune dans l'observation nous permet donc de penser que cette cause spéciale a pu exister, et il en résulte 1° que l'existence de la phthisie trachéale, indépendante de la phthisie pulmonaire, doit être regardée comme une très-rare exception, si même on ne la considère, jusqu'à nouvel ordre, comme fort douteuse; 2° que dans les cas où l'on a trouvé des ulcères dans la trachée sans tubercules dans les poumons, on peut soupçonner l'existence d'une infection vénérienne. Il y a bien loin de cette manière de voir à celle de Laennec, qui a avancé que les ulcères de la trachée se rencontrent quelquefois chez les phthisiques, mais qu'il est bien plus commun de les voir se développer chez des individus dont les poumons sont sains. L'erreur dans laquelle est tombé cet auteur, si justement célèbre, nous prouve combien une appréciation trop légère des faits est dangereuse dans les sciences.

Dans les cas d'ulcérations trachéales qui se sont présentés au docteur Matt. Baillie (*Morbid. anatomy*, 5e édit., Lond. 1818, pag. 96), il y avait en

même temps une ulcération de l'œsophage, qui, selon toutes les apparences, s'était manifestée la première. M. Andral (*loc. cit.*, p. 180) cite deux cas semblables.

Traitement. Le traitement de la trachéite ulcéreuse ne diffère pas sensiblement de celui que l'on oppose à la laryngite ulcéreuse, à l'histoire de laquelle je renvoie le lecteur (*voy.* pag. 439 et suiv.). Je dirai seulement qu'on doit compter davantage sur les *fumigations et sur les aspirations de poudres médicamenteuses*, que sur la cautérisation par l'ouverture supérieure du larynx, et qu'on doit appliquer les révulsifs plutôt à la partie supérieure de la poitrine qu'à la partie antérieure du cou.

§ IV. — Diverses affections chroniques de la trachée.

On a cité quelques cas de *cancer de la trachée.* M. Matt. Baillie (*loc. cit.*) en a rapporté un exemple sous le nom de *trachea scirrhus;* mais cette affection rare, obscure, ne présentant pas de symptômes particuliers, et au-dessus des ressources de l'art, ne doit pas nous arrêter.

Quant à l'*ossification des anneaux de la trachée*, qui a été indiquée par le même auteur, elle ne constitue pas une maladie particulière; elle est due aux progrès de l'ulcération.

On trouve dans le *Journal d'Edimbourg* (t. VII, p. 490, 1811) une observation intitulée *hydatides dans la trachée-artère;* mais, d'après la description qu'en donne l'auteur, on est plutôt porté à penser qu'il s'agit simplement d'une pseudo-membrane croupale, que de véritables hydatides.

Enfin, dans le même journal (vol. XI, p. 269,

1815), on lit une autre observation qui a pour titre: *cas de contraction spasmodique de la trachée.* Le sujet est une jeune fille de quinze ans qui succomba après huit jours d'une dyspnée toujours croissante. A l'autopsie, on trouva quatre centimètres de la partie moyenne de la trachée rétrécis, au point que le diamètre de cet organe était diminué des deux tiers. La contraction se dissipa graduellement après l'ouverture du corps; elle n'était plus sensible le lendemain. Ce fait est trop extraordinaire pour mériter autre chose qu'une simple mention.

Je n'en dirai pas davantage sur des affections si obscures et offrant si peu d'intérêt aux praticiens. Je n'ai eu, je le répète, d'autre but que de mettre le lecteur à même de reconnaître un cas exceptionnel tel que ceux qui viennent d'être cités, si par hasard il s'en présentait à son observation.

APPENDICE.

ASTHME THYMIQUE.

Quoique le siége de l'asthme thymique ne soit, suivant le plus grand nombre des médecins qui s'en sont occupés, ni dans le larynx, ni dans la trachée, je crois devoir le rapprocher des affections de ces organes pour plusieurs raisons : 1° s'il est vrai que l'asthme thymique est dû à une hypertrophie du thymus, c'est par une action directe ou indirecte sur les organes de la respiration que cette hypertrophie donne lieu aux symptômes caractéristiques de la maladie; 2° plusieurs auteurs que je mentionnerai plus loin ne regardent pas l'hypertrophie du thymus comme la véritable cause des symptômes,

qui sont plutôt produits, suivant eux, par un état pathologique du larynx et de la trachée; 3° il importait de présenter l'histoire de l'asthme thymique à la suite des affections avec lesquelles il a le plus de rapport; 4° enfin, ne pouvant me défendre, malgré les travaux des médecins allemands, de quelques doutes sur l'existence même de cet asthme thymique, j'ai pensé que je ne saurais mieux faire que de présenter son histoire comme un *appendice* aux maladies du larynx et de la trachée, où je pourrai discuter les questions importantes qui s'y rattachent.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Cette maladie, qui a été principalement étudiée par les médecins allemands, a fait naître en France de nombreuses discussions. On s'est demandé si véritablement il existait une affection suffocante qui eût pour cause le développement anormal du thymus, ou si, dans les cas où, à l'autopsie des jeunes enfans enlevés dans un accès de suffocation, on a trouvé le thymus hypertrophié, il n'y avait pas une simple coïncidence entre le symptôme et la lésion à laquelle on le rapportait. C'est une question que je traiterai lorsque j'arriverai au diagnostic de cette maladie; je me contenterai de dire ici que, dans les recueils de médecine, on trouve un nombre assez considérable d'observations dans lesquelles des symptômes qui ont quelque chose de particulier, ont coïncidé avec un développement anormal du thymus, bien constaté après la mort, et qu'il est fort difficile, avec les renseignemens fournis par les auteurs, de rapporter l'affection à une des maladies suffocantes bien connues du pathologiste. Il est sans

doute fort extraordinaire qu'en France, où l'observation et l'anatomie pathologique sont exploitées avec tant d'ardeur, on n'ait pas trouvé un certain nombre de cas de ce genre; mais, puisqu'il existe des faits que nous ne pouvons expliquer, dans l'état actuel de la science, qu'en admettant provisoirement l'existence de l'asthme thymique, il faut admettre aussi que des faits semblables pourraient se présenter au praticien, et dès lors il importe de les lui faire connaître. Cependant, comme on ne peut s'empêcher, vu l'insuffisance des observations, de douter de l'existence même de la maladie, et surtout comme cette affection ne se présente que fort rarement, j'en tracerai très-rapidement l'histoire. Ce qui me détermine encore à agir ainsi, c'est que, dans la grande majorité des cas, sinon dans tous, les traitemens les plus variés ont été infructueux.

§ Ier. — Définition ; synonymie ; fréquence.

D'après les observations que nous possédons, l'asthme thymique est caractérisé par de violens accès de suffocation et par l'hypertrophie du thymus, qui comprime les organes de la respiration et de la circulation suivant les uns; qui, d'après quelques autres, n'a d'action que sur les nerfs, et qui enfin, selon plusieurs auteurs, n'est qu'une lésion d'une importance secondaire.

Félix Plater (*Observ.;* Basil. 1641, lib. I, p. 184) avait déjà indiqué cette affection sous le nom de *Suffocatio a struma interna abscondita circa jugulum.* Pierre Frank (*Epit.*, lib. VI, pars I, class. 6, *retention.*, ord. III, *ret. muc. lymph.*, gen. III, § 823) en a fait, sous le nom d'*Asthma ex obesitate thymi*,

une courte description qui a été citée partout. C'est donc avec raison que M. Haugsted (*Thym. in homin.*, etc.; Copenhague, 1832; voy. *Arch. gén. de Méd.*, 1833, t. III, p. 102) a reproché au docteur Kopp, de Copenhague, d'avoir regardé l'asthme thymique comme une affection nouvelle.

Si l'on en croit M. Kopp (*Denkwürdigkeiten in der Artzlichen Praxis;* Francfort-sur-le-Mein, 1830), cette affection est *fréquente.* On sent qu'il est impossible de se prononcer sur ce point, car notre opinion est naturellement subordonnée à la plus ou moins grande exactitude du diagnostic établi par les auteurs. Toujours est-il qu'en France on n'en a pas cité d'exemples bien authentiques, ce qui prouve qu'elle y est au moins d'une excessive rareté.

§ II. — Causes.

On ne sait rien de précis sur les causes de l'hypertrophie du thymus. Caspari, Pagenstecher, cités par M. Haugsted, regardent les développemens du thymus comme dus aux accès de suffocation, et dès lors cette hypertrophie serait une conséquence et non la cause de la maladie.

Tout ce qu'il est permis de dire relativement aux causes, c'est que l'affection est particulière aux enfans très-jeunes; qu'on l'a trouvée très-rarement après l'âge de quatre ans; que son maximum de fréquence a lieu dans les premiers mois de l'existence.

Le docteur Schallgruber (*Ueber das Erdrücken*, etc.; *in* A. Henke's, *Zeitschrift*, etc., t. I, 1821) avance que l'asthme thymique est plus fréquent chez les individus du sexe féminin que chez ceux du sexe masculin; mais cette opinion n'est pas fondée sur

les faits, et dans le Mémoire de M. Kopp (voy. *Gaz. méd.*, 1836, janv.) les observations ont, au contraire, été toutes prises chez des garçons. Suivant M. Haugsted, l'affection serait de nature scrofuleuse; mais on verra, dans la description des lésions anatomiques, que la glande hypertrophiée ne présente ordinairement rien qu'on puisse rapporter aux scrofules.

§ III. — Symptômes.

MM. Kopp (*loc. cit.*), Hirsch, de Kœnigsberg (*Journ. de Hufel. et Osan.*, juillet, 1835), et le professeur Brera (*Annali Univ. di Med.; Omod.*) sont les auteurs qui ont donné la description la plus détaillée des symptômes attribués à cette maladie : c'est aussi d'après ces trois auteurs que je vais en présenter le tableau.

Les symptômes se manifestent tout à coup et toujours *sous forme d'accès.* Les causes principales de ces accès sont les cris, l'impatience, les grands mouvemens, les efforts de toute espèce; quelquefois néanmoins ils se manifestent en l'absence de ces causes déterminantes, et alors l'enfant passe tout à coup du plus grand calme à l'agitation la plus grande. L'accès étant déclaré, on voit survenir une série de symptômes que M. Brera a distingués en symptômes *pathognomoniques* et en symptômes *accessoires.*

Parmi les premiers, nous trouvons une *gêne très-grande de la respiration*, qui est entre-coupée, l'inspiration étant incomplète. Parfois même, comme dans un cas cité par le docteur Hood (*Case of diseas. thym.; the Edimb. Med. and Surg. Journ.*, t. XLIII, p. 289; 1835), la respiration reste un in-

stant suspendue, et à ce calme succède une inspiration brusque et incomplète. Le docteur Kopp a également signalé ce symptôme. Cette inspiration incomplète donne lieu à un *cri aigu* comparé par les auteurs à celui de la coqueluche, mais cependant un peu moins fort. La respiration, ainsi entrecoupée et saccadée, conserve ces caractères pendant un espace de temps assez court ; au bout de cinq ou six inspirations sifflantes, l'accès est terminé, et il ne reste plus, d'après le docteur Kopp, qu'un peu de morosité et de malaise qui ne tarde pas à se dissiper.

Dans les cas les plus intenses, l'accès peut durer jusqu'à deux et trois minutes, et, suivant Fingerhuth, jusqu'à huit et dix minutes. Mais cette assertion est repoussée par M. Kyll (*Mém. sur le Spasme de la Glotte; Arch. de Méd.*, 1837, sept.), qui ne pense pas que la suspension de la respiration puisse se prolonger aussi longtemps.

Tels sont les signes indiqués par les auteurs; ils n'ont parlé ni de la toux ni de l'état de la voix, et cependant je trouve dans plusieurs observations (voyez *Cas de mort par augm. du thym.*, *Rust Magazin.*, vol. XXI, p. 554; *the Lancet*, vol. II, 1839-40; etc. etc.), que les enfans étaient sujets à une *toux habituelle*, quoique légère.

Les symptômes regardés comme accessoires par les médecins que je viens de citer, sont : des *convulsions* pendant lesquelles les mains sont fermées, les pouces fortement fléchis, la tête renversée en arrière, et les muscles postérieurs du tronc fortement contractés, la *lividité de la face* suivie de pâleur, la *dilatation des ailes du nez*, la *fixité des yeux*, le *froid des extrémités*, les *excrétions invo-*

lontaires. Les docteurs Kopp et Brera ont indiqué comme des symptômes très-importans les *angoisses*, les *spasmes* de la poitrine, la *faiblesse des battemens du cœur*, et surtout la *sortie permanente de la langue*, que les enfans tiennent toujours entre les dents ou entre les gencives. Mais d'autres auteurs affirment que ces signes manquent souvent. Suivant Caspari, la *contraction des muscles lombricaux* des mains et des *adducteurs des pouces* est toujours remarquable.

On voit que ces observateurs n'ont nullement fait mention de l'auscultation et de la percussion de la poitrine, ni de l'état du cou, qui néanmoins méritaient de fixer leur attention, dans les cas où les poumons se trouvaient refoulés par un thymus volumineux. Fingerhuth est le seul qui ait dit un mot des deux moyens d'exploration de la poitrine, mais il n'a point donné à ce sujet des détails suffisans. Pendant les accès, le *pouls* est faible, serré, rapide; dans l'intervalle, il reprend sa fréquence normale.

Tels sont les symptômes attribués à cette affection. Il est inutile de faire remarquer combien ils sont vagues et insuffisans; tout se réduit en effet à quelques signes de suffocation, accompagnés de symptômes nerveux qu'on peut bien plus facilement rapporter à un accès d'éclampsie qu'à une simple compression des organes respiratoires ou circulatoires. Cela est si vrai, que le docteur Kyll (*loc. cit.*) n'a pas cru devoir séparer l'asthme thymique du spasme de la glotte, qui, d'après lui et plusieurs auteurs anglais, serait dû, tantôt à une lésion des membranes cérébrales, tantôt à une inflammation de la portion cervicale de la moelle, tantôt à l'altération des ganglions lymphatiques du cou, et tantôt

enfin à l'hypertrophie du thymus. On peut voir à ce sujet les réflexions que j'ai faites à l'article *Laryngite striduleuse.*

§ IV. — Marche ; durée ; terminaison de la maladie.

On a vu que la maladie était essentiellement caractérisée par des accès ; elle est donc *intermittente*, mais cette intermittence est très-variable. Ainsi, dans les premiers temps, on n'observe qu'un accès tous les huit ou dix jours, tandis que vers la fin de la maladie, on peut en compter jusqu'à 20 en vingt-quatre heures.

L'observation suivante de M. Kopp (que j'emprunte à la *Gazette médicale*, 9 janvier 1836) mettra le lecteur à même d'apprécier à la fois les symptômes et la marche de la maladie :

OBSERVATION.

Le sujet de l'observation est un garçon né à terme, d'une constitution frèle et délicate, d'une voix faible ; il jouit cependant d'une bonne santé jusqu'à l'âge de quatre mois ; mais alors commença à se manifester un trouble notable de la respiration : il consistait dans une suspension de la respiration revenant par intervalles, et s'accompagnant chaque fois d'un cri légèrement plaintif. Cet état ressemblait assez bien à la respiration sanglottante et entrecoupée des enfans. Cependant le petit malade témoignait de la douleur pendant toute la durée de l'accès ; celui-ci survenait subitement, même quand le petit malade ne pleurait pas, et s'accompagnait du cri caractéristique que nous avons signalé (semblable à celui de la coqueluche). Après un arrêt plus ou moins long dans l'expiration, l'enfant reprenait peu à peu haleine, et témoignait par ses cris du sentiment de douleur et d'anxiété qu'il venait d'éprouver. Pendant le paroxysme, le pouls était irrégulièrement intermittent, les yeux fixes, les mains et les pieds froids, la face bouffie et bleuâtre : ces accès, qui deve-

naient de jour en jour plus forts et plus rapprochés, se montraient surtout intenses au moment où l'enfant s'éveillait; une diarrhée ou une autre complication gastrique intercurrente aggravait chaque fois cet état, qui empira également pendant la durée d'une toux catarrhale. Cependant, excepté son défaut de respiration, la santé de l'enfant n'était pas autrement altérée. Il se passa ainsi quelques mois avec la même gêne de la respiration, et l'habitude qu'avait prise l'enfant de porter la langue entre les dents. Toute espèce de traitement avait été interrompue, lorsqu'un jour le docteur Kopp fut averti que les accidens avaient repris une nouvelle intensité à la suite d'un coryza avec fièvre catarrhale; un quart d'heure après la visite du médecin, il survint un nouvel accès, et l'enfant mourut dans un véritable état d'asphyxie; la face bouffie, bleuâtre, la langue entre les dents. Peu avant il riait encore, lorsque tout à coup il retint l'haleine; le sentiment d'angoisse et de suffocation augmenta de moment en moment, et se termina rapidement par la mort. Le petit malade avait atteint l'âge de dix mois.

Autopsie cadavérique faite vingt-deux heures après la mort.

Langue un peu longue et épaisse à la racine; *trachée-artère* normale et entièrement libre; *glande thyroïde* tuméfiée; extravasation sanguine recouvrant la trachée au point de jonction de la glande thyroïde et du thymus.

Thymus tellement gros et épais, qu'un assistant le prit pour un lobe du poumon. Il s'étend depuis la glande thyroïde jusqu'au diaphragme; il est large de deux pouces, pèse plus d'une once et appuie fortement sur la trachée-artère, à l'endroit où s'était fait l'épanchement de sang. En incisant son parenchyme, qui n'est induré en aucun point, il s'en écoule une assez grande quantité d'humeur laiteuse qui en pénétrait toute la substance.

Poumons d'un rouge brun, gorgés de sang comme dans l'asphyxie.

Cœur flasque et atrophié; trou ovale encore ouvert.

Glandes muqueuses volumineuses et tuméfiées; les autres viscères abdominaux sains.

La grande fontanelle très-large; les os du crâne encore flexibles; sutures écartées.

Est-ce réellement l'hypertrophie du thymus qui a donné lieu chez cet enfant à ces symptômes d'asphyxie auxquels il a fini par succomber? Ou bien n'y a-t-il eu qu'une simple coïncidence, et la suffocation a-t-elle été produite soit par plusieurs attaques de laryngite striduleuse, soit par des attaques d'éclampsie avec suffocation? Il est difficile de résoudre de semblables questions; cependant on est porté à admettre que la dernière attaque était tout simplement occasionnée par une laryngite striduleuse, car la suffocation n'a eu lieu qu'après l'invasion d'un coryza qui, selon toutes les apparences, s'est étendu au larynx.

La *durée* de cette affection peut, suivant M. Hirsch, être de trois semaines à vingt mois; dans ce dernier cas, on observe quelquefois des intervalles de plusieurs semaines entre les accès.

Quant à la *terminaison*, elle est ordinairement funeste; cependant on a cité quelques cas rares de guérison, et alors les accès se sont éloignés peu à peu, pour disparaître enfin complétement. Dans un cas rapporté par Rullmann, la guérison n'a été complète qu'au bout de deux ans.

§ V. — Lésions anatomiques.

La lésion la plus remarquable est sans contredit l'augmentation de volume du thymus. Pour comprendre jusqu'à quel point cette hypertrophie peut être portée, il faut se rappeler que chez les enfans nés à terme, le poids de cet organe est, d'après M. Krause (*Lond. med. Gaz.*, 1836-37, vol. XX, p. 672), de 9 à 10 grammes, et que chez les enfans

qui ont succombé à l'asthme thymique, on l'a trouvé de 55 grammes (Kornmaul), de 32 (Kopp), de 35 (Hirsch), de 16 (Plater). On l'a vu, large de 5 à 6 centimètres, s'étendre depuis la glande thyroïde jusqu'au diaphragme, recouvrir le cœur, refouler les poumons, et quelquefois envoyer des prolongemens en forme de vrilles, qui contournaient les vaisseaux.

Lorsque l'hypertrophie est simple, l'organe conserve sa structure; il est mou dans toute son étendue, et laisse écouler un liquide laiteux comme à l'état sain. Dans certains cas, on a trouvé le thymus tuberculeux, squirrheux, lardacé, etc. etc. M. Hirsch ne veut pas que ces dégénérescences soient considérées comme des lésions propres à l'asthme thymique. Toutefois, si ces lésions donnaient lieu aux mêmes symptômes, on ne voit pas pour quel motif on pourrait les exclure. La flaccidité du cœur et la persistance du trou de Botal ont été aussi mentionnées, mais seulement dans quelques cas.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Diagnostic. La question dominante est, comme je l'ai déjà indiqué, de savoir *si réellement l'affection dont il s'agit doit entrer dans le cadre nosologique.* Plusieurs motifs doivent inspirer des doutes sérieux à ce sujet : le premier, c'est que les signes attribués à l'asthme thymique sont parfaitement semblables à ceux qu'on a notés dans les cas d'éclampsie avec suffocation; or nous avons vu que dans ces cas, cités par les auteurs anglais sous le nom de *spasme de la glotte*, l'hypertrophie du thymus n'existait pas ordinairement. Le second, c'est que les recherches les plus exactes d'anatomie pathologique ne nous ont fait découvrir au-

cune liaison entre l'hypertrophie du thymus et la suffocation ; et le troisième, c'est que, dans quelques cas, une hypertrophie notable du thymus a pu exister sans aucun des symptômes que lui attribuent MM. Kopp et Hirsch. M. Haugsted (*loc. cit.*) en a rapporté un exemple des plus remarquables ; il a vu le thymus s'élever, chez une fille de sept ans, jusqu'au poids énorme de 150 grammes, sans avoir produit aucun symptôme de l'asthme thymique. D'un autre côté, M. Roesch de Schwenning (voyez *Gaz. méd.*, 1836, p. 504) a fait remarquer que les symptômes d'asphyxie de l'asthme prétendu thymique, diffèrent notablement de l'asphyxie causée par la compression de la trachée.

Pour montrer combien les cas cités par les auteurs allemands sont complexes, il me suffira de citer l'observation suivante, que j'emprunte également à M. Kopp :

OBSERVATION.

Vingt mois après la mort de l'enfant qui fait le sujet de la précédente observation, la mère accoucha d'un garçon de la même constitution, paraissant cependant d'une santé plus forte. Les quinze premières semaines se passèrent sans accident, lorsqu'à cette époque, on observa que l'enfant retenait l'haleine de la même manière que son frère ; ce symptôme, d'abord léger, se remarquait surtout au moment du réveil, s'accompagnant du même cri aigu et plaintif, du même sentiment d'angoisse et de douleur que dans les deux cas précédens, de telle sorte que les parens reconnurent de suite le même genre d'affection. Les accès se manifestaient d'une manière à peu près identique : symptômes de suffocation, bouffissure de la face, mouvemens spasmodiques des mains et des pieds, langue poussée entre les dents, etc. Le traitement consista dans l'emploi du calomel, de sangsues à l'épigastre, de lavemens de valériane, du musc, et de frictions avec le

précipité blanc qui provoquèrent une éruption artificielle, à la suite de laquelle les accidens semblèrent diminuer : les accès revenaient bien encore quelquefois chaque jour, mais à un plus faible degré. Cette amélioration continua ainsi pendant quelque temps ; tous les symptômes nerveux avaient disparu, à l'exception d'une légère contraction du pouls.

Le petit malade prit dans l'intervalle six bains d'une infusion de camomille et de valériane, et eut, dès le premier, sur le dos, une éruption de petits boutons. Au sixième bain, on fut obligé de discontinuer, parce qu'il ne pouvait plus supporter ce moyen. Le trouble de la respiration ne survenait plus qu'une, deux ou trois fois par jour, et au moment du réveil. Pendant une toux catarrhale qu'eut le petit malade, les accidens diminuèrent encore, et même il se passa des journées entières sans qu'ils se présentassent. Il est à remarquer qu'en explorant la poitrine, on ne découvrait nulle part les battemens du cœur.

Quelque temps après, il survint, sans cause connue, de petits mouvemens spasmodiques des mains et des pieds, s'accompagnant assez souvent de douleurs abdominales. Dans ces instans, les traits de la face se contractaient et se gonflaient légèrement, et la pointe de la langue ressortait entre les lèvres ; les fleurs de zinc, le musc, l'ipécacuanha à petites doses, parvenaient, mais seulement d'une manière passagère, à calmer ces accidens, qui revenaient bientôt, et le plus souvent inopinément. Dans les intervalles, l'enfant riait, et prenait le sein avec facilité. On parvenait à rompre l'accès et à faciliter le retour de la respiration, en couchant l'enfant sur la face antérieure du corps et en frappant légèrement sur le dos.

Cependant la digestion s'altéra à son tour, la nutrition languit, il survint des vomissemens et des selles de matières blanchâtres et verdâtres ; le trouble de la respiration augmenta et revint plus souvent. Enfin, pendant les vingtième et vingt-unième semaines de son âge, l'enfant fut pris de paroxysmes de plus en plus intenses. Une nuit, après avoir été entièrement libre toute la soirée, la respiration s'interrompit à plusieurs reprises, le même désordre se renouvela dans la matinée, et, dans un de ces accès qui revenaient brusque-

ment, le petit malade expira avec tous les symptômes de l'asphyxie, dans la vingt-unième semaine de son existence.

Autopsie cadavérique faite vingt-sept heures après la mort. Bas-ventre, parties génitales et partie supérieure des cuisses remarquablement bleues. *Fontanelles* larges, os du crâne très-mobiles.

Thymus très-volumineux, occupant toute la partie antérieure de la poitrine et formant avec la partie supérieure du thorax une adhérence qu'on ne peut détruire qu'à l'aide du scalpel; il touchait à la glande thyroïde, avec laquelle il était uni par du tissu cellulaire épais. Le thymus recouvrait tout le cœur et en avait ainsi intercepté les battemens pendant la vie. Plus dense encore que volumineux, il pesait une once. Ses lobes étaient élevés et élargis; son parenchyme ne présentait ni trace de suppuration, ni tubercules, ni autre dégénérescence. En l'incisant et en en pressant quelque portion entre les doigts, on en faisait sortir une humeur laiteuse abondante, analogue, pour la consistance, à la liqueur spermatique.

Langue grande et épaisse, avançant entre les lèvres. *Larynx* petit; glotte large et libre. *Trachée* régulièrement conformée, contenant un peu de liqueur spumeuse. *Cœur* flasque, assez régulier; trou ovale fermé. *Poumon* droit, rouge, gorgé de sang; du reste, tout le parenchyme pulmonaire sain, sans tubercule, surnageant dans l'eau.

Substance cérébrale un peu ramollie, sans autre altération, sans épanchemens ni suppuration.

Viscères abdominaux sains.

On voit que chez cet enfant les accès commençaient par des convulsions bien manifestes, et que ces convulsions ressemblaient à celles qui ont été notées par les Anglais dans les cas qu'ils ont désignés sous le nom de *spasme de la glotte*. Mais on demandera, peut-être, quel rapport il peut y avoir entre une névrose générale et des symptômes d'asphyxie qui semblent dus à un état pathologique du larynx. La réponse n'est pas difficile. Il s'agit de se rappeler

ce qui se passe chez les adultes, dans les cas d'épilepsie et surtout d'hystérie. Nous avons déjà vu à l'article *Aphonie* cette affection s'accompagnant de gêne dans le larynx, de difficulté de la respiration, et portée au plus haut degré, succéder assez fréquemment à une simple attaque d'hystérie; n'est-ce pas la même chose qui se passe chez les enfans à la suite d'une attaque d'éclampsie? Ce rapport, pour n'avoir pas été signalé, n'en est pas moins très-frappant. Quant à l'intensité plus grande des symptômes chez l'enfant, elle n'est point une objection, puisqu'elle a lieu dans toutes les affections des voies respiratoires.

Malgré tous ces doutes, donnons rapidement, d'après les auteurs, le diagnostic différentiel de la maladie.

Diagnostic. On distingue l'asthme thymique de la *coqueluche* par l'absence de prodrômes, de la toux habituelle, des vomissemens, de l'expuition d'une matière filante qui met fin aux accès, et par la suppression complète de la respiration.

Il diffère essentiellement du *croup* par l'état de la voix, qui n'est point éteinte.

Si des cas qu'on pourrait rapporter à l'asthme thymique se présentaient à l'observation, on devrait examiner avec soin l'état de la poitrine.

Il est inutile de présenter un tableau synoptique d'un diagnostic encore si obscur.

Pronostic. L'affection est presque toujours mortelle. Lorsque les accès se rapprochent beaucoup, la mort est imminente.

§ VII. — Traitement.

Je ne saurais m'étendre sur le traitement d'un état pathologique dont l'existence, comme maladie particulière, est encore si douteuse, et que j'ai décrit

avec quelques détails, uniquement dans le but d'attirer l'attention des observateurs sur lui. Je me bornerai donc à indiquer les principaux moyens proposés par les auteurs.

La *saignée*, les *sangsues*, les *ventouses scarifiées* ont été presque toujours mises en usage. Viennent ensuite les *antispasmodiques*, tels que l'*eau de laurier-cerise*, le *musc*, le *cyanure de zinc*.

Les *vésicatoires*, les *frictions mercurielles* ont été aussi fréquemment employés.

MM. Graf (*Ueber Asth. thym.*) et Hirsch ont conseillé de *sevrer* l'enfant et de le mettre à la diète la plus rigoureuse. Enfin on a eu recours aux *mercuriaux*, à l'*iode*, aux *préparations d'or*, au *charbon animal*, à l'*extrait de ciguë*, etc. etc.

M. Allan Burns (*Observ. on the Surg. anat. of the head and neck.*, Edimb., 1811) a été jusqu'à proposer l'extirpation de la glande malade! Quand même cette opération serait possible, comment l'entreprendre lorsque le diagnostic est nécessairement incertain, qu'on a tant de motifs de croire que l'augmentation de volume du thymus n'est pas la principale cause des symptômes, et qu'on ne sait pas même si cet organe est réellement hypertrophié?

FIN DU PREMIER VOLUME.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE PREMIER VOLUME.

LIVRE PREMIER.

Maladies des voies respiratoires.

FIN DE LA TABLE DU PREMIER VOLUME.

ERRATA.

Page 177, *au lieu de* 4e Ordonnance, *lisez* 7e Ordonnance.
Page 179, *au lieu de* 5e Ordonnance, *lisez* 8e Ordonnance.
Page 180, *au lieu de* 6e Ordonnance, *lisez* 9e Ordonnance.
Page 181, *au lieu de* 7e Ordonnance, *lisez* 10e Ordonnance.
Page 257, *au lieu de* hydrochlorate de morphine à la dose de .... 0,5 grammes.
lisez .... 0,05 grammes.
Page 271, *au lieu de* 2e Ordonnance, *lisez* 6e Ordonnance.
Page 359, *au lieu de* Réallier, *lisez* Téallier.

RB 15.4.1983